



Brüderkrankenhaus St. Josef Paderborn

proCum Cert / KTQ-
QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: Brüderkrankenhaus St. Josef Paderborn

Institutionskennzeichen: 260570885

Anschrift: Husener Straße 46
33098 Paderborn

**Ist zertifiziert nach proCum Cert inklusive KTQ®
durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle
proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft**

mit der Zertifikatnummer: 2005-0302-PADE-11-K-00126

Datum der Ausstellung: 09.01.2006

Gültigkeitsdauer: 08.01.2009

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der proCum Cert.....	3
Vorwort der KTQ®	4
Einleitung.....	6
Teil A: Allgemeine Merkmale	9
Teil B: Allgemeine Leistungsmerkmale	11
Teil C: Personalbereitstellung	17
Teil D. Ausstattung	20
1. Patientenorientierung in der Krankenversorgung und Kompetenz im Umgang mit Patienten	23
2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung und Umgang mit Mitarbeitern (Sozialkompetenz)	28
3. Sicherheit im Krankenhaus	31
4. Informationswesen	34
5. Trägerverantwortung, Krankenhausführung und Leitung	36
6. Qualitätsmanagement	43
7. Spiritualität	45
8. Verantwortung gegenüber der Gesellschaft	47

Vorwort der proCum Cert

Die proCum Cert GmbH ist eine eigenständige konfessionelle Zertifizierungsgesellschaft, die von der katholischen und der evangelischen Kirche, namentlich durch den Katholischen Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) und den Deutschen Evangelischen Krankenhausverband (DEVK) ins Leben gerufen wurde.

Gesellschafter der proCum Cert sind neben den genannten Krankenhausverbänden die beiden christlichen Wohlfahrtsverbände Caritas (DCV) und Diakonie (DWdEKD) sowie deren Versicherungsdienst Ecclesia und die Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen (DQS).

Als Kooperationspartner der KTQ[®] war die proCum Cert an der Entwicklung des KTQ-Manuals beteiligt. Als akkreditierte Zertifizierungsstelle der KTQ[®] ist sie berechtigt, Krankenhäuser in dem vorgesehenen Verfahren mit dem KTQ-Zertifikat auszuzeichnen.

Das kombinierte pCC-KTQ-Zertifikat geht in seinen Anforderungen über die hinaus, die im KTQ-Manual beschrieben sind. Ziel der proCum Cert ist, christliche Werte in das Qualitätsmanagement einzubeziehen und in der Organisation zu verankern. Hierfür wurden 33 weitere Qualitätskriterien formuliert, die es in dem KTQ-Manual mit seinen derzeit 70 Kriterien nicht gibt.

Das KTQ-Manual ist vollumfänglicher Bestandteil des proCum Cert-Qualitätshandbuchs. Um das pCC-KTQ-Zertifikat zu erhalten, muss das Krankenhaus sowohl die Erfüllung aller Voraussetzungen für das KTQ-Zertifikat, als auch die Erfüllung der zusätzlichen proCum Cert-Anforderungen nachweisen.

Dieser Nachweis ist dem Krankenhaus gelungen, daher wurde es von der proCum Cert mit dem kombinierten pCC-KTQ-Zertifikat ausgezeichnet.

Der vorliegende Qualitätsbericht ist während der dreijährigen Gültigkeitsdauer des Zertifikates über die Internetseite www.proCum-Cert.de allgemein zugänglich.

Clemens Gattinger
Geschäftsführer
proCum Cert GmbH

Vorwort der KTQ®

Die KTQ-Zertifizierung ist ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren, das getragen wird von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen¹. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet. Die Verfahrensinhalte wurden ausschließlich von Krankenhauspraktikern entwickelt und erprobt.

Mit diesem Zertifizierungsverfahren bietet die KTQ® den Krankenhäusern ein Instrument an, mit dem sie die Qualität ihrer Leistungen durch die Zertifizierung und den zu veröffentlichenden KTQ-Qualitätsbericht nach außen transparent darstellen können.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen, von Krankenhauspraktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit im Krankenhaus, das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt.

Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorteam eine externe Prüfung des Krankenhauses - die so genannte Fremdbewertung - vorgenommen.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den Visitoren gezielt hinterfragt und durch Begehungen einzelner Krankenhausbereiche überprüft.

¹ Zu diesen zählen: der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., der AOK-Bundesverband, der BKK Bundesverband, der IKK-Bundesverband, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die See-Krankenkasse.

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Selbst- und Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte Informationen über das betreffende Krankenhaus in standardisierter Form veröffentlicht.

Jedem KTQ-Qualitätsbericht ist ein Vorwort der KTQ-GmbH vorangestellt, darauf folgen eine Einleitung, in der drei bis vier innovative, patientenorientierte Leistungen beschrieben werden, die Strukturdaten sowie eine Beschreibung zu jedem der insgesamt 70 Kriterien des KTQ-Kataloges.

Wir freuen uns, dass das Krankenhaus mit diesem Qualitätsbericht allen Interessierten - in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich seines Leistungsspektrums, seiner Leistungsfähigkeit und seines Qualitätsmanagements vermitteln kann.

Der Qualitätsbericht ist auch auf der KTQ-Homepage unter <http://www.ktq.de/> abrufbar.

Prof. Dr. F.-W. Kolkmann
Für die Bundesärztekammer
Krankenkassen

Dr. H. D. Scheinert
Für die Spitzenverbände der

Dr. M. Walger
Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller
Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort des Bräuderkrankenhauses St. Josef Paderborn

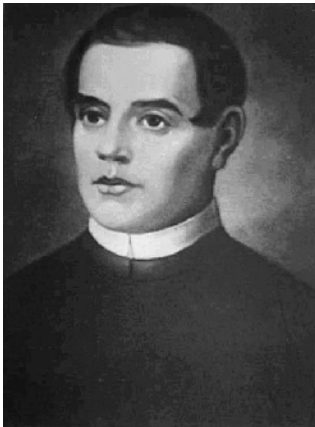
Wie alles begann

Das Bräuderkrankenhaus St. Josef Paderborn wurde als Allgemein-Krankenhaus im Jahre 1904 von den Barmherzigen Bräudern von Maria Hilf gegründet. Nach einer Phase der Krankenhausfortführung durch die Missionsschwwestern vom Kostbaren Blut übernahmen die Bräuder am 01.01.1996 wieder die Trägerschaft des Krankenhauses.

Zahlreiche Neu- und Umbaumaßnahmen in den letzten Jahren haben das Bräuderkrankenhaus zu einer modernen medizinischen Einrichtung mit persönlicher Atmosphäre gemacht.



Der Ordensgründer



Das Jahr 1850 ist das Gründungsjahr der Ordensgemeinschaft der Barmherzigen Bräuder von Maria-Hilf.

Peter Friedhofen (1819-1860) wollte mit Gründung dieser Ordensgemeinschaft eine Antwort auf die vielfältigen Nöte dieser Zeit geben.

Das Evangelium Jesu Christi begründet den Auftrag, kranken, alten, behinderten und benachteiligten Menschen in ihrer jeweiligen Lebenssituation zu helfen und so christliche Nächstenliebe zu praktizieren. Krankenhäuser, Fachkliniken, Wohn- und Pflegeeinrichtungen bilden den Rahmen, wo das Bemühen der Ordensgemeinschaft in der Nachfolge Peter Friedhofens erfolgen soll.

Das Bräuderkrankenhaus St. Josef Paderborn ist eine Einrichtung des Barmherzige Bräuder Trier e. V., der sowohl die Qualitätspolitik als auch die Qualitätsziele für alle trägereigenen Einrichtungen und die Beteiligungsgesellschaften seit Jahren aktiv mitgestaltet und übergeordnete wesentliche Qualitätsziele festlegt.

Bei uns liegen Sie richtig

Das Brüderkrankenhaus St. Josef mit 397 Betten hat seinen traditionell guten Platz im Leben der Bevölkerung der Stadt und in der Region Paderborn. Die gute Betreuung der Patienten in medizinischer und pflegerischer Hinsicht sieht das Krankenhaus auch in Zukunft als seine Aufgabe und seinen Auftrag. Bei uns stehen die Bedürfnisse des Patienten im Mittelpunkt. Sie dürfen von uns erwarten, mit den besten medizinischen und pflegerischen Möglichkeiten behandelt zu werden.

Entscheidend für uns ist, mit Ihnen gemeinsam ein Höchstmaß an Selbständigkeit zu erreichen und zu erhalten. Wir verfolgen daher das Konzept der aktivierenden Pflege. Voraussetzung hierfür ist, den Patienten genau kennen zu lernen und seine aktive Mitarbeit zu stärken. Gemeinsam mit Ihnen lässt sich der Genesungsprozess optimal fördern.



Leitlinien unserer Pflege sind eine christliche Grundhaltung, eine ganzheitliche Orientierung, die gute Qualifikation aller Mitarbeiter und die Beachtung und Umsetzung neuester pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse.

Qualitätsmanagement (QM) - was ist das?

Qualität ist - ganz einfach umschrieben – „das Gegenteil von Zufall“.

Management bedeutet, Dinge aktiv und bewusst zu gestalten und zu steuern.

Mit **Qualitätsmanagement** (QM) arbeiten wir gezielt daran, die Behandlung und Versorgung der Patienten ständig zu verbessern, indem wir aus unseren positiven Erfahrungen, aber auch aus unseren Fehlern lernen. Das Leitbild dient uns dabei als Grundlage und Orientierung.

Qualitätsmanagement bedeutet für uns konkret:

ktivitäten	<p>Folgende Einrichtungen und Aktivitäten werden von uns u. a. gezielt im QM genutzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschwerdemanagement für Patienten und Besucher • Patientenbefragungen, in denen wir uns dem Vergleich mit anderen Häusern stellen • Mitarbeiterbefragungen zur Untersuchung und Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit • Externe Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V: Dabei werden für eine Reihe von Fallpauschalen die Qualität unserer Behandlungsergebnisse erfasst und verglichen.
ertifizierung	<p>Wir haben und ganz bewusst für eine Zertifizierung nach proCum Cert inkl. KTQ® entschieden. Dieses Qualitätszertifikat ist speziell für kirchliche Krankenhäuser entwickelt worden und soll dazu beitragen, den Kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) voran zu bringen und die Arbeit des Krankenhauses transparent zu machen.</p>
M-System	<p>Um die internen Abläufe reibungsloser zu gestalten und den wachsenden gesetzlichen Anforderungen zu genügen, ist eine gute Kommunikation unverzichtbar. In jeder Abteilung soll ein Mitarbeiter als QM-Beauftragter der Abteilung (QMBA) als Ansprechpartner und Multiplikator im QM-System dienen.</p>

Strukturerhebungsbogen

TEIL A: ALLGEMEINE MERKMALE

A-1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

A-1.1 *Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?*
260570885

A-1.2 *Wie lautet der Name des Krankenhausträgers ?*
Barmherzige Brüder Trier e.V.

A-1.3 *Welche Versorgungsstufe hat das Krankenhaus nach dem Landeskrankenhausplan?*
Regelversorgung

A-1.3.1 *Werden psychiatrische Fachabteilungen mit Differenzierung nach Schwerpunkten für das Krankenhaus ausgewiesen?*
Nein

A-1.4 *Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?*
Nein

A-1.5 *Arbeiten sonstige Einrichtungen mit dem Krankenhaus zusammen wie*

- Rehabilitationsklinik?
- Psychiatrische Einrichtung?
- Tagesklinik?
- Pflegeeinrichtung?
- Dialysezentrum?
- Anerkannte Fort- und Weiterbildungseinrichtung?
- Arztpraxen?
- Vertragliche Kooperationszentren (z.B. Apparategemeinschaften)
- Sonstige?

A-1.6 *Gibt es an Ihrem Krankenhaus*

- eine Krankenpflegeschule?
- eine Kinderkrankenpflegeschule?
- eine Krankenpflegehilfeschule?

A-1.7 *Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag)*
397

A-1.7.1 *Anzahl der Betten für den Maßregelvollzug*
0

A-1.8 *Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:*

Stationäre Patienten
13582
Ambulante Patienten
17998
davon Privatpatienten
2217

A-2 Allgemeine Merkmale der Fachabteilung

A-2 (Matrix)

Nr	Fachabteilung	Nicht bettenführ. Abt. mit fachl. n.weisungsg. Leitung (nb) eingetragen	Bettenzahl	Abteilungsart	Poliklinik/Ambulanz?	Notfallaufnahme?
0100	Innere Medizin	<input type="checkbox"/>	104	ha	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
0700	Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	49	ha	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1500	Allgemeine Chirurgie	<input type="checkbox"/>	107	ha	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2200	Urologie	<input type="checkbox"/>	50	ha	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2300	Orthopädie	<input type="checkbox"/>	50	ha	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	15	ba	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3300	Strahlenheilkunde	<input type="checkbox"/>	20	ha	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3600	Intensivmedizin	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
XXXX	Anästhesie	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

A-2.6 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

A-2.6 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Existiert eine Neugeborenen Intensivstation im Gebäude?

Nein

Ist ein Zugriff auf die Pädiatrie oder die pädiatrische Notfallversorgung möglich?

Nein

A-2.7 Spezifisch für die Fachabteilung Intensivmedizin

A-2.7.1 Art der Intensivstation?

- interdisziplinär operativ
- fachgebunden operativ
- interdisziplinär operativ/konservativ
- fachgebunden konservativ

A-2.7.2 Haben sie zusätzlich eine Wachstation ("Intermediate Care")?

Nein

A-2.7.3 Existieren folgende erweiterte therapeutische Möglichkeiten?

- Operativer Bereitschaftsdienst
- Präsenzbereitschaft
- Rufbereitschaft
- Blutdepot (in Klinik)
- Blutdepot (außerhalb/extern)
- Regelung der Konsiliardienste (im Haus vorhanden)
- Regelung der Konsiliardienste (extern vertraglich geregelt)

TEIL B: ALLGEMEINE LEISTUNGSMERKMALE

B-1 Allgemeine Leistungsmerkmale des Krankenhauses

B-1.1 Was umfasst das medizinische Leistungsspektrum des Krankenhauses?

Haus der Regelversorgung mit folgenden Kliniken:

- Medizinische Klinik
- Klinik für Chirurgie
- Klinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
- Klinik für Gastroenterologie
Urologie und Kinderurologie
- Anästhesiologie, operative Intensivmedizin & Schmerztherapie
- Belegabteilung HNO

B-1.2 Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte werden vom Krankenhaus wahrgenommen (z.B. Brandverletzungen, AIDS, Hospizeinrichtungen)?

Hämatologie und internistische Onkologie

B-1.3 Welche Leistungsangebote bestehen?

- Stomatherapeuten?
- Diabetikerschule
- Pflegeeinrichtung als separate Einrichtung?
- ambulante Pflege?
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause Geburtsvorbereitungskurse?
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause die Möglichkeit einer ambulanten Entbindung mit Nachsorge durch hausinterne Hebammen?
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie eine Stillberatung bzw. ein Elternzentrum?
- Inkontinenzberatung?
- Pflgetelefonberatung?
- Hospizeinrichtungen bzw. eine Palliativpflege?
- Mutter-Kind-Beratung?
- Sonstige?

B-2 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung

B-2 (Matrix)

Nr	Fachabteilung	Durchschnittliche Verweildauer (VD) (Angabe in Tagen)	Spezielle Kinderbetten	Kinderkrankenschwester/ - pfleger?
0100	Innere Medizin	8.73	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0107	I.M. SP Gastroenterologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0700	Gastroenterologie	7.84	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1500	Allgemeine Chirurgie	8.05	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2200	Urologie	6.61	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2300	Orthopädie	9.62	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	4.36	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3300	Strahlenheilkunde	6.58	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3600	Intensivmedizin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XXXX	Anästhesie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B-2.4 Tätigkeitsschwerpunkte

Nr	Fachabteilung	Tätigkeitsschwerpunkte der Abteilung
0100	Innere Medizin	Lungen- und Bronchialerkrankungen Infektionskrankheiten Herz- und Kreislauferkrankungen Stoffwechselerkrankungen Erkrankungen des Immunsystems
0700	Gastroenterologie	Endoskopische Diagnostik und Therapie gastrointestinaler (Magen und Darm betreffend) Erkrankungen Hepatologie (Erkrankungen der Leber, der Gallenwege und der Gallenblase) Proktologische Behandlungen Lasertherapie gastrointestinaler (Magen und Darm betreffend) Tumore Steinzertrümmerung von außen (ESWL)
1500	Allgemeine Chirurgie	Komplette Allgemein Chirurgie und Viszeralchirurgie (Chirurgie der Inneren Organe) Thoraxchirurgie Unfallchirurgie und Wiederherstellungschirurgie Komplette Polytraumaversorgung Komplettes Spektrum der Handchirurgie
2200	Urologie	Große Tumorchirurgie Kinderurologie Steintherapie Gynäkologische Urologie Andrologie (Männerheilkunde)
2300	Orthopädie	Endoprothetik (Kunstgelenkeinsatz) Wirbelsäulenchirurgie Arthroskopische Chirurgie Minimalinvasive Chirurgie
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Schnitte am Trommelfell, mit oder ohne Paukenröhrcheneinlage bei Paukenergüssen Chirurgie der Nasenscheidewand/Nasenmuscheln/äußeren Nase, sowie aller Nebenhöhlen Hörverbessernde Operationen
3300	Strahlenheilkunde	2 Linearbeschleuniger Kombination aus Bestrahlung und Chemotherapie Afterloading-Gerät zur Bestrahlung von Tumoren in Körperhöhlen Tumorbestrahlung von innen durch eingebrachte Hohladeln
3600	Intensivmedizin	interdisziplinäre perioperative Intensivmedizin internistische Intensivmedizin
XXXX	Anästhesie	OP-Management: Organisation und Koordination des gesamten OP-Betriebes Eigenblutspende Durchführung aller Narkosen Schmerztherapie

B-2.5 Spezifisch für die Fachabteilung Innere Medizin

B-2.5.1 Die 5 häufigsten Diagnosen pro Jahr

0100 Innere Medizin

LfdNr	ICD Nr	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.	I50	255	Herzinsuffizienz (Herschwäche)
2.	J18	153	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet (Lungenentzündung, Erreger nicht näher bezeichnet)
3.	J44	142	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit (Dauerhafte Atemwegserkrankung mit Verengung der Atemwege)
4.	I95	125	Hypotonie (Zu niedriger Blutdruck)
5.	I10	117	Essentielle (primäre) Hypertonie (Bluthochdruckerkrankung ohne Ursache)

0700 Gastroenterologie

LfdNr	ICD Nr	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.	K29	129	Gastritis und Duodenitis (Entzündung der Magenschleimhaut oder des Zwölffingerdarmes)
2.	K57	125	Divertikulose des Darmes (Ausstülpungen der Darmwand (Divertikelkrankheit))
3.	K21	72	Gastroösophageale Refluxkrankheit (Sodbrennen durch krankhaftes Zurückfließen von saurem Magensaft in die Speiseröhre)
4.	K52	69	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis (Nicht durch Krankheitserreger bedingte Magen-Darm- oder Dickdarmentzündung)
5.	A09	62	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs (Durchfall oder Magen-Darmentzündungen, vermutlich durch Krankheitserreger)

3300 Strahlenheilkunde

LfdNr	ICD Nr	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.	C78	605	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane (Krebserkrankung mit Tochtergeschwülsten an den Atmungs- oder Verdauungsorganen)
2.	E05	300	Hyperthyreose [Thyreotoxikose] (Schilddrüsenüberfunktion)
3.	C79	195	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen Lokalisationen (Krebserkrankung mit Tochtergeschwülsten an sonstigen Organen)
4.	C34	122	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge (Krebserkrankung der Lunge)
5.	C77	96	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten (Krebserkrankung mit Tochtergeschwülsten an den Lymphknoten)

B-2.6 Spezifisch für die operativen Fachabteilungen

B-2.6.1 Die 5 häufigsten Operationen pro Jahr

1500 Allgemeine Chirurgie

LfdNr	OPS-301	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.	5-810	407	Arthroskopische Gelenkrevision (Gelenktoilette mittels Spiegelung)
2.	5-812	375	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken (Operation am Gelenkknorpel oder an den Menisken mittels Spiegelung)
3.	5-893	328	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut (Chirurgische Wundtoilette oder Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut)
4.	5-811	261	Arthroskopische Operation an der Synovialis (Operation an der Gelenkinnenhaut mittels Spiegelung)
5.	5-530	249	Verschluß einer Hernia inguinalis (Verschluß eines Leistenbruches)

2200 Urologie

LfdNr	OPS-301	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.	8-137	567	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife (Einlegen, Wechsel oder Entfernung einer Harnleiterschleife)
2.	8-110	299	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen (Stoßwellenzertrümmerung von Steinen in den Harnorganen)
3.	5-573	294	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase (Gewebsentfernung an der Harnblase durch die Harnröhre)
4.	5-562	164	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung (Eröffnung des Harnleiters oder Steinbehandlung durch die Harnröhre oder über Hautschnitt)
5.	1-661	132	Diagnostische Urethrozystoskopie (Spiegelung der Harnblase zur Untersuchung)

2300 Orthopädie

LfdNr	OPS-301	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.	5-812	260	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken (Operation am Gelenkknorpel oder an den Menisken mittels Spiegelung)
2.	5-820	203	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk (Einbau eines künstlichen Hüftgelenkes)
3.	5-788	183	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes (Operationen an Mittelfußknochen oder Zehenknochen)
4.	1-697	144	Diagnostische Arthroskopie (Spiegelung eines Gelenkes zur Untersuchung)
5.	5-810	142	Arthroskopische Gelenkrevision (Gelenktoilette mittels Spiegelung)

2600 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

LfdNr	OPS-301	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.	5-215	95	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis] (Operationen an der unteren Nasenmuschel)
2.	5-285	83	Adenotomie (ohne Tonsillektomie) (Polypentfernung (ohne Mandelentfernung))
3.	5-200	75	Parazentese [Myringotomie] (Trommelfellschnitt)
4.	5-222	69	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle (Operation am Siebbein oder an der Keilbeinhöhle)
5.	5-214	66	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums (Wiederherstellung der Nasenscheidewand)

B-2.6.3 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V. Anzahl der ambulanten Operationen pro Jahr

48

1500 Allgemeine Chirurgie

LfdNr	EBM-Nr	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.	2106	13	Entfernung einer großen Geschwulst / Schleimbeutel
2.	2145	11	Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses
3.	2620	3	Leisten / Schenkelbruch
4.	2105	3	Entfernung von tiefliegendem Körpergewebe
5.			

2300 Orthopädie

LfdNr	EBM-Nr	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.	2381	6	Hallux valgus
2.			
3.			
4.			
5.			

B-2.6.5-2.10

B-2.6.5 Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 116 SGB V. Anzahl der Behandlungen nach § 116 SGB V pro Jahr

7.266

B-2.7 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Anzahl der Geburten pro Jahr

0

B-2.8 Spezifisch für die Fachabteilung Urologie

B-2.8.1 Wird in Ihrer Abteilung Kinderurologie betrieben?

Ja

Wenn ja, bis zu welchem Umfang wird kinderurologische Diagnostik und Therapie durchgeführt?
Komplette Diagnostik und Therapie

B-2.8.2 Wird in Ihrer Abteilung urologische Onkologie betrieben?

Nein

B-2.9 Spezifisch für die Fachabteilung Intensivmedizin

B-2.9.1 Anzahl der Intensivpatienten pro Jahr

1.118

B-2.9.2 Durchschnittliche Beatmungsdauer pro Patient (Angabe in Min.)

1.144

B-2.10

B-2.10.1 Anzahl der Anästhesien insgesamt

6.635

differenziert nach:

Anzahl der Allgemeinanästhesien

5.338

Anzahl der Regionalanästhesien

1.520

B-2.10.2 Differenzierung der Anästhesien nach ASA-Klassifikation in % Anteil pro Jahr

ASA 1

47,7

ASA 2

36,9

ASA 3

14,2

ASA 4

1,1

ASA 5

0,1

TEIL C: PERSONALBEREITSTELLUNG

C-1 Personalbereitstellung im Krankenhaus

C-1.1 *Wie hoch war die Stellenbesetzung im vergangenen Jahr in folgenden Bereichen?*

Ärztlicher Dienst?	72
Pflegedienst?	296
Medizinisch-Technischer Dienst?	135
Funktionsdienst?	79
Klinisches Hauspersonal?	3
Wirtschafts- und Versorgungsdienst?	61
Technischer Dienst?	12
Verwaltungsdienst?	49
Sonderdienste?	2,5
Sonstiges Personal?	21

C-1.2 *Welche weitergebildeten Mitarbeiter waren im vergangenen Jahr beschäftigt, z.B.:*

Anzahl der Mitarbeiter in der Anästhesie	16
Anzahl der Mitarbeiter im OP	22
Anzahl der weitergeb. Mitarbeiter im Verwaltungsdienst	12
Anzahl der Mitarbeiter in der Hygiene	2
Anzahl der Mitarbeiter für die Praxisanleitung	39
Anzahl der Stomatherapeut(en)	0
Anzahl der Sozialarbeiter	2
Anzahl der Diabetesfachschwester(n)	2
Anzahl der Mitarbeiter in der Ernährungsfachpflege	1
Anzahl der Qualitäts-/Prozessberater	25
Anzahl der Dipl.-Psychologen	1
Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)	0
Sonstige	0

C-1.3 Wie war der Ausbildungsstand des Pflegepersonals im vergangenen Jahr?

- Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über eine dreijährige Ausbildung verfügen
93
- Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über eine zweijährige Ausbildung verfügen
3,5
- Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über eine einjährige Ausbildung verfügen
3,5
- Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über keine Ausbildung verfügen
0
- Prozentualer Anteil der fachweitergebildeten Pflegekräfte im vergangenen Jahr
19

C-1.4

Prozentualer Anteil der Ärzte mit Facharztstatus im vergangenen Jahr
55

C-1.5

Prozentualer Anteil der psychologischen Psychotherapeuten (gemessen an der Gesamtzahl der Dipl.-Psychologen)
100

C-2 Personalbereitstellung in der Fachabteilung

C-2 Personalbereitstellung in der Fachabteilung (Ärzte)

Nr	Fachabteilung	Ärztliche Leitung	Anzahl Ärzte (voll approbiert)	Anzahl Fachärzte	Anzahl Ärzte mit fak. Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit Praktikum	Liegt ein Weiterbildungs-befugnis vor?
0100	Innere Medizin	<input checked="" type="checkbox"/>	11	7			<input checked="" type="checkbox"/>
0700	Gastroenterologie	<input checked="" type="checkbox"/>	7	4			<input checked="" type="checkbox"/>
1500	Allgemeine Chirurgie	<input checked="" type="checkbox"/>	13	7			<input checked="" type="checkbox"/>
2200	Urologie	<input checked="" type="checkbox"/>	8	6			<input checked="" type="checkbox"/>
2300	Orthopädie	<input checked="" type="checkbox"/>	8	3			<input checked="" type="checkbox"/>
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
3300	Strahlenheilkunde	<input checked="" type="checkbox"/>	12	7			<input checked="" type="checkbox"/>
3600	Intensivmedizin	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>
XXXX	Anästhesie	<input checked="" type="checkbox"/>	14	7			<input checked="" type="checkbox"/>

C-2.7 Personalbereitstellung in der Fachabteilung (Pflegekräfte)

Nr	Fachabteilung	Anzahl Pflegekräfte	Anzahl exam. Krankenschw./ -pfleger	Anzahl Krankenschw./ -pfleger mit Fachweiterbildung	Anzahl Sonstige	Wird Hilfspersonal eingesetzt?
0100	Innere Medizin	56	53	4	3	<input checked="" type="checkbox"/>
0700	Gastroenterologie	24	22	3	2	<input checked="" type="checkbox"/>
1500	Allgemeine Chirurgie	59	58	3	1	<input checked="" type="checkbox"/>
2200	Urologie	23	22		1	<input checked="" type="checkbox"/>
2300	Orthopädie	26	24		2	<input checked="" type="checkbox"/>
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	5	5			<input type="checkbox"/>
3300	Strahlenheilkunde	28	27	4	1	<input checked="" type="checkbox"/>
3600	Intensivmedizin	31	31	25		<input type="checkbox"/>
XXXX	Anästhesie	16	16	15		<input type="checkbox"/>

C-3 Zulassungen - Spezifisch für die Fachabteilungen Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie

C-3.1 Besteht die Zulassung zum D-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?
Ja

C-3.2 Besteht die Zulassung zum Verletzungsartenverfahren der Berufsgenossenschaft?
Ja

TEIL D. AUSSTATTUNG

D-1 Diagnostische Möglichkeiten im Krankenhaus

D-1.1 Im Krankenhaus verfügbar:

- CT im Regeldienst
- CT im Bereitschaftsdienst
- Kernspin im Regeldienst
- Kernspin im Bereitschaftsdienst
- Sonographie im Regeldienst
- Sonographie im Bereitschaftsdienst
- Röntgen im Regeldienst
- Röntgen im Bereitschaftsdienst
- Broncho-/Endoskopie im Regeldienst
- Broncho-/Endoskopie im Bereitschaftsdienst
- Echoskopie/TEE im Regeldienst
- Echoskopie/TEE im Bereitschaftsdienst
- Mikrobiologie im Regeldienst
- Mikrobiologie im Bereitschaftsdienst

D-2 Räumliche Ausstattungen in den Fachabteilungen

D-2.1 Für alle Fachabteilungen. Ausstattung der Unterbringung

D-2.1.1 Anzahl der Einbettzimmer

Nr	Fachabteilung	WG WC TV TEL	WG WC	WG WC TV	WG WC TEL	DU WC TV TEL	DU WC	DU WC TV	DU WC TEL
0100	Innere Medizin					2			
0700	Gastroenterologie								
1500	Allgemeine Chirurgie					2			
2200	Urologie					2			
2300	Orthopädie					1			
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde								
3300	Strahlenheilkunde								
3600	Intensivmedizin		8						
XXXX	Anästhesie								

D-2.1.2 Anzahl der Zweibettzimmer

Nr	Fachabteilung	WG WC TV TEL	WG WC	WG WC TV	WG WC TEL	DU WC TV TEL	DU WC	DU WC TV	DU WC TEL
0100	Innere Medizin	8							
0700	Gastroenterologie	3							
1500	Allgemeine Chirurgie	11							
2200	Urologie	4							
2300	Orthopädie	4							
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde								
3300	Strahlenheilkunde	3							
3600	Intensivmedizin		1						
XXXX	Anästhesie								

D-2.1.3 Anzahl der Dreibettzimmer

Nr	Fachabteilung	WG WC TV TEL	WG WC	WG WC TV	WG WC TEL	DU WC TV TEL	DU WC	DU WC TV	DU WC TEL
0100	Innere Medizin	32							
0700	Gastroenterologie	17							
1500	Allgemeine Chirurgie	26							
2200	Urologie	16							
2300	Orthopädie	15							
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	5							
3300	Strahlenheilkunde	7							
3600	Intensivmedizin								
XXXX	Anästhesie								

D-2.2 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gibt es einen eigenen Not-Sectio-Raum?
Nein

D-3 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

D-3.1-3.5 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

D-3.1 Verfügt das Krankenhaus über eine krankengymnastisch/balneophysikalische Ausstattung?

Ja
Wenn ja, in Form von
 Bewegungsbad
 Ergotherapie
 Räume für balneophysikalische Therapie

D-3.3 Spezifisch für die Abteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Ist die Möglichkeit einer zentralen CTG-Überwachung vorhanden?
Nein

D-3.4 Spezifisch für die Fachabteilung Urologie

Verfügt die Abteilung über ein Gerät zur extrakorporalen Stoßwellen-Lithotrypsie (ESWL) und zur Ureterrenoskopie?
Ja

D-3.5 Spezifisch für die Fachabteilung Orthopädie

Haben sie eine Knochenbank?
Nein

D-3.2 Ist auf jeder Station ein Notfallkoffer bzw. -wagen mit Defibrillator, Absauger und Intubationsbesteck verfügbar?

Nr	Fachabteilung	Vorhanden
0100	Innere Medizin	<input checked="" type="checkbox"/>
0107	I.M. SP Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
0700	Gastroenterologie	<input checked="" type="checkbox"/>
1500	Allgemeine Chirurgie	<input checked="" type="checkbox"/>
2200	Urologie	<input checked="" type="checkbox"/>
2300	Orthopädie	<input checked="" type="checkbox"/>
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	<input checked="" type="checkbox"/>
3300	Strahlenheilkunde	<input checked="" type="checkbox"/>
3600	Intensivmedizin	<input checked="" type="checkbox"/>
XXXX	Anästhesie	<input checked="" type="checkbox"/>

1. Patientenorientierung in der Krankenversorgung und Kompetenz im Umgang mit Patienten

1.1. VORFELD DER STATIONÄREN VERSORGUNG UND AUFNAHME

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

Das Krankenhaus gewährleistet im Vorfeld der stationären Versorgung eine an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen orientierte Organisation und Gestaltung.

Das Brüderkrankenhaus St. Josef Paderborn informiert durch Broschüren, Internetpräsenz sowie Öffentlichkeitsarbeit über die Klinik. Das Wegeleitsystem in der Stadt, die verbesserte Parkplatzsituation und die gute Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel erleichtern die Erreichbarkeit. Voruntersuchungen und Terminvergabe werden über Sprechstunden der Fachambulanzen auf die medizinisch erforderlichen und persönlichen Bedürfnisse des Patienten abgestimmt. Hierzu besteht ein enger Kontakt zu den Hausärzten und insbesondere für Notfälle zum örtlichen Rettungsdienst.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

Innerhalb des Krankenhauses ist die Orientierung für Patienten und Besucher sichergestellt.

Im Haupteingangsbereich ist an der zentralen Information rund um die Uhr Auskunft zu erhalten. Informationstafel und eine ausgehängte Klinikbroschüre geben weitere wichtige Informationen über Abteilungen, Wege und Lageplan, Gottesdienst und Krankenhausseelsorge. Über ein hausinternes Wegeleitsystem, ergänzt durch ein Farbleitsystem in Teilbereichen, wird die Orientierung erleichtert. Die Mitarbeiter unterstützen Suchende, im Bedarfsfall wird ein Begleitdienst zur Verfügung gestellt. An den Eingängen stehen Rollstühle und Gepäckwagen als Hilfsmittel bereit.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

Die Aufnahme erfolgt koordiniert unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patienten nach Information, angemessener Betreuung und Ausstattung.

Die geplante Aufnahme der Patienten erfolgt über jeweilige Ambulanzen und administrativ in den Aufnahmebüros der Eingangshalle. Hier wird bereits über Besonderheiten und Angebote des Hauses informiert. Erforderliche Begleitung zu den Stationen und Begrüßung übernimmt qualifiziertes Stations- und Ambulanzpersonal, hier erhält der Patient weitere wichtige Informationen. Die medizinische Aufnahme wird in entsprechenden Untersuchungsräumen vorgenommen. Notfallpatienten werden in allen Abläufen vorrangig behandelt.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

Die ambulante Patientenversorgung z. B. im Rahmen der Notfallambulanz, (Psych.: der psychiatrischen Institutsambulanz), der Wiedereinbestellungsambulanz oder der Ermächtigungsambulanz verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.

In allen Fachabteilungen sind für die ambulante Patientenversorgung Sprechstunden eingerichtet, die sich am jeweiligen Bedarf orientieren. Es steht qualifiziertes Fachpersonal im pflegerischen Bereich zur Verfügung, im ärztlichen Bereich wird der Facharztstandard vorgehalten. Für die Notfallversorgung sind in allen Bereichen sowohl räumlich wie auch organisatorisch am Standard orientierte Voraussetzungen geschaffen. Über engen Kontakt zum Rettungsdienst und den Hausärzten wurden Ablaufschemata der Notfallbehandlung erarbeitet und stetig aktualisiert.

1.2. ERSTEINSCHÄTZUNG UND PLANUNG DER BEHANDLUNG

Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung .

1.2.1 Ersteinschätzung

Für jeden Patienten wird ein körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Behandlung darstellt.

Mit allen Patienten wird bei oder kurzfristig nach Aufnahme ein ärztliches und pflegerisches Anamnesegespräch geführt und eine Aufnahmeuntersuchung vorgenommen. Es wird auch die psychische und soziale Situation des Patienten erhoben, bei Bedarf kann ein Kontakt zur psychologischen und seelsorgerischen Betreuung hergestellt werden. Die Ergebnisse sind in standardisierten Dokumentationssystemen der Fachabteilungen mit Aufnahme-standards und Pflegeanamnesebogen festgehalten. Diese werden im weiteren Behandlungsverlauf ergänzt und aktualisiert.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

Vorbefunde werden soweit wie möglich genutzt und zwischen dem betreuenden Personal ausgetauscht.

Stationäre und ambulante Vorbefunde werden in die Anamnese, die Therapieplanung und die spätere Befunddokumentation einbezogen. Sofern im Haus erstellt, sind sie jederzeit über das Archiv und in der EDV verfügbar. Fremdbefunde werden angefordert und stehen in der Regel per Fax oder digitale Übermittlung ebenfalls schnell zur Verfügung. Bei Konsiliarleistungen oder Verlegungen werden die erforderlichen Patientenunterlagen in Kopie mitgegeben und interdisziplinär sowie zwischen den Kliniken ausgetauscht.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

Für jeden Patienten wird der umfassende Behandlungsprozess festgelegt unter Benennung der Behandlungsziele.

Der Behandlungsprozess und erste therapeutische und diagnostische Maßnahmen werden bei Aufnahme durch den aufnehmenden Arzt gegebenenfalls nach Hinzuziehen eines Facharztes festgelegt und mit dem Patienten besprochen. Ebenso werden Behandlungsziele erörtert. Die aufnehmende Pflegekraft leitet anhand der ärztlichen Behandlungsplanung und der Pflegeplanung erste Schritte ein. Im Rahmen täglicher Visiten erfolgen Überprüfung, Korrektur und Anpassung. Der gesamte Behandlungsprozess wird in der papiergebundenen und elektronischen Patientenakte dokumentiert.

1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Im ärztlichen und pflegerischen Aufnahmegespräch erfolgt die Abstimmung von Diagnose-, Therapie- und Pflegemaßnahmen mit dem Patienten. Im Rahmen der täglichen Visiten werden Veränderungen der Behandlungsplanung vorgenommen und mit dem Patienten besprochen. Der Patient hat jederzeit die Möglichkeit, Wünsche zu äußern und Fragen zu stellen. Ängste und religiöse Belange werden berücksichtigt, auf Wunsch werden auch Angehörige oder Bezugspersonen einbezogen. Seelsorge, Sozialdienst und Psychologie stehen für Einzelgespräche zur Verfügung.

1.3. DURCHFÜHRUNG DER PATIENTENVERSORGUNG

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten erfolgt in koordinierter Weise gemäß multiprofessioneller Standards, um bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erzielen.

1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten wird umfassend, zeitgerecht und entsprechend professioneller Standards durchgeführt.

Therapiestandards sichern die fachspezifische Umsetzung der Richt- und Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften im Pflege- und ärztlichen Bereich. In allen Abteilungen ist über 24 Stunden Facharztstandard in Anwesenheit oder Rufbereitschaft sichergestellt. Durch die hauseigene Apotheke und das Blutdepot ist eine adäquate Versorgung mit Medikamenten jederzeit gewährleistet. Der Akutschmerzdienst der Anästhesie sorgt für die Spezielle Schmerztherapie im gesamten Haus. Heil- und Hilfsmittel werden vorgehalten oder können kurzfristig besorgt werden.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

Der Patientenversorgung werden Leitlinien und, wo möglich, Evidenzbezug zugrunde gelegt.

Für jeden Mitarbeiter sind die Grundsätze und Leitlinien der Barmherzigen Brüder Trier e.V. vermittelt und stellen die Grundlage jeglichen Handelns dar. Pflegestandards, Verfahrensanweisungen und Behandlungsrichtlinien sind in verschiedenen Bereichen von den Mitarbeitern erstellt, eingeführt und umgesetzt. Durch kontinuierliche Aktualisierung werden Therapie- und Behandlungsstandards den Vorgaben der Fachgesellschaften angepasst. Aktuelle Fachliteratur in Abteilungsbibliotheken, Internetanbindung überall im Haus und Arzneimittel-Informationsdienst der Apotheke werden hierfür genutzt.

1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

Der Patient wird in alle durchzuführenden Behandlungsschritte und Maßnahmen der Versorgung einbezogen und seine Umgebung ist patientenorientiert gestaltet.

Durch Aufnahmegespräche, Visiten, individuelle Arzt-Patientengespräche, Klinikbroschüre und Aufklärungsbögen werden die Patienten über Behandlungsschritte informiert und in die Maßnahmen der Versorgung einbezogen. Spezielle Beratungen und Schulungen werden angeboten. Die Mitarbeiter tragen Namensschilder mit Angabe der Funktion. Bei Aufnahme werden persönliche Ansprechpartner für den Patienten benannt. Besuchzeiten sind großzügig geregelt, Parkanlagen, Cafeteria, Kiosk und Krankenhauskapelle stehen den Patienten und Besuchern zur Verfügung.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

Bei der Verpflegung werden die Erfordernisse, Bedürfnisse und Wünsche der Patienten berücksichtigt.

Die Essenswünsche werden täglich erfragt. Dabei können Frühstück und Abendbrot individuell zusammengestellt werden, mittags besteht die Wahl zwischen drei Menüs. Erforderliche Diäten werden bereitgestellt, religiöse und kulturelle Aspekte beim Speisenangebot berücksichtigt. Die Küche arbeitet nach modernen ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen, über ein erarbeitetes Verteilungssystem werden die Stationen zeitnah beliefert. Der Pflegedienst unterstützt die ordnungsgemäße Ernährung der Patienten, zur Beratung steht eine Diätassistentin zur Verfügung.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Standards für Pflege, Diagnostik und Behandlung sowie Ablaufbeschreibungen und Verfahrensanweisungen werden zur Koordination der Behandlungsabläufe von den Mitarbeitern in guter Kooperation zunehmend erarbeitet. Sie sind berufsgruppenübergreifend erstellt und orientieren sich an Vorgaben der Fachgesellschaften.

Das im Aufbau befindliche Krankenhausinformationssystem bietet in seinem modulweisen Ausbau eine weitere Optimierung der Behandlungsabläufe. Der zeitgerechte Patiententransport wird von Mitarbeitern des Pflegedienstes durchgeführt.

1.3.6 Koordination der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Ein OP-Statut ist für alle operativen Abteilungen verpflichtend eingeführt. Zur zentralen Koordination und stetigen Evaluierung der Abläufe besetzt ein Anästhesist die Stelle des OP-Koordinators, unterstützt in Teilbereichen von leitenden Pflegekräften der OP- und Anästhesie-Funktionspflege. Einmal monatlich findet eine OP-Konferenz mit den Verantwortlichen der operativen Abteilungen statt. Im Krankenhausinformationssystem ist ein OP-Planungsmodul eingerichtet. Ärzte und Funktionsdienstpersonal gewährleisten eine Operationsbereitschaft rund um die Uhr.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

Die Behandlung des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

In allen Fachabteilungen finden täglich Teambesprechungen im pflegerischen und ärztlichen Dienst statt. Fachabteilungsbezogen gibt es gemeinsame Besprechungen der einzelnen Dienstgruppen. In bestimmten Fragen werden Mitarbeiter der Physiotherapie, Diätberatung, Seelsorge und des Sozialdienstes hinzugezogen. Zudem finden regelmäßige interdisziplinäre Kolloquien und Konferenzen zur fachübergreifenden Zusammenarbeit statt. Es besteht ein koordiniertes Konsiliarwesen.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

Die Visitation des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

Auf allen Stationen werden täglich Visiten durch den Stationsarzt durchgeführt. Sie sind interprofessionell zwischen Medizin und Pflege ausgerichtet und der Patient wird einbezogen. Bei Bedarf nehmen auch Physiotherapeuten und weitere Berufsgruppen teil. Je nach Abteilung finden ein- oder mehrmals pro Woche Chef- und Oberarztvisiten statt. Ergänzend werden tägliche Röntgenbesprechungen durchgeführt.

Auf der interdisziplinären Intensivstation wird täglich mehrmals visitiert.

Im Bedarfsfall werden Patienten zusätzlich von Seelsorge und Sozialdienst betreut.

1.4. ÜBERGANG IN ANDERE VERSORGUNGSBEREICHE

Die kontinuierliche Weiterversorgung des Patienten in anderen Versorgungsbereichen erfolgt professionell und koordiniert gesteuert unter Integration des Patienten.

1.4.1 Entlassung und Verlegung

Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch unter Integration und Information des Patienten und ggf. seiner Angehörigen.

Eine frühzeitige Entlassungsplanung wird angestrebt. Bei Standardbehandlungen wird oft schon bei Aufnahme ein Termin avisiert. Ansonsten steht der Termin mehrere Tage bis spätestens am Vortag der Entlassung fest. Mit dem Patienten und gegebenenfalls den Angehörigen wird ein Entlassungsgespräch geführt. Besonderheiten der Weiterversorgung werden bei Bedarf durch den Sozialdienst vorbereitet, um eine lückenlose Weiterversorgung zu gewährleisten.

1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich

Das Krankenhaus sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten.

Alle Patienten erhalten bei Verlegung oder Entlassung einen Kurzarztbrief oder endgültigen Entlassungsbericht mit Medikamentenplan und falls erforderlich Pflegeüberleitungsbogen. Zur stationären Weiterversorgung werden bei interner Verlegung alle ergänzenden Daten und Informationen zur Verfügung gestellt, bei externer Verlegung meist in Kopie beigelegt. Über Besonderheiten erfolgt nötigenfalls telefonische zeitnahe Benachrichtigung an Hausarzt oder weiterversorgende Institution. Die EDV generiert zunehmend erforderliche Formulare zur Verlegung.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

Vom Krankenhaus wird eine kontinuierliche Weiterbetreuung des Patienten durch Kooperation mit den weiterbetreuenden Einrichtungen bzw. Personen sichergestellt.

Im Haus besteht eine enge Zusammenarbeit und Informationsweitergabe mit dem klinikinternen Sozialdienst. Heimunterbringung und Rehabilitation oder Anschluss-Heilbehandlung werden geregelt. Beratungs- und Koordinierungsstellen der ambulanten Dienste werden im Bedarfsfall eingeschaltet, um eine weitere Beratung und Organisation im häuslichen Bereich sicherzustellen. Bei Verlegung zur weiteren Regel- oder Maximalversorgung wird vom ärztlichen Dienst alles Erforderliche eingeleitet und inklusive Transport organisiert.

2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung und Umgang mit Mitarbeitern (Sozialkompetenz)

2.1. PLANUNG DES PERSONALS

Die Personalplanung sorgt für eine kontinuierliche Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern.

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Die Planung des Personalbedarfes umfasst die Bereitstellung einer angemessenen Zahl an entsprechend qualifizierten Mitarbeitern.

Die Personalbedarfsplanung erfolgt für den Wirtschaftsplan des Folgejahres. Berechnungsgrundlage ist die Analyse der Plan- und Ist-Zahlen des laufenden Jahres unter Berücksichtigung bekannter Veränderungen und organisatorischer Maßnahmen. Aufgabenschwerpunkte und Entwicklungsziele finden Berücksichtigung. Die Führungskräfte der Bereiche werden insbesondere bei Änderungen der Planzahlen in die Planung mit einbezogen. Überprüfungen und Abweichungsanalysen im Vergleich mit der Leistungsentwicklung sind ein regelmäßiges Kontrollinstrument.

2.2. PERSONALENTWICKLUNG

Die Personalentwicklung des Krankenhauses orientiert sich an den Bedürfnissen des Hauses und der Mitarbeiter.

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung

Durch die Grundsätze und Leitlinien der Barmherzigen Brüder Trier e. V., besteht eine einheitliche Kommunikationskultur. Aufgabenschwerpunkte und Entwicklungsziele werden in Zielvereinbarungs- und Mitarbeitergesprächen verabredet. Interne Fortbildungsprogramme und externe Angebote tragen zur weiteren Personalentwicklung bei. Es gibt Möglichkeiten zur Beratung, Supervision und Coaching. Entwicklungsmöglichkeiten werden durch die Führungskräfte und jeweiligen Fachvorgesetzte geprüft, bewertet und nach Möglichkeit in Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

Das Krankenhaus stellt sicher, dass Wissensstand, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter den Anforderungen der Aufgabe (Verantwortlichkeiten) entsprechen.

Die Qualifikation der Mitarbeiter ergibt sich aus den Aufgaben- und Anforderungsprofilen und damit letztlich aus dem Organigramm. Zusätzlich sind Maßgaben aus der Geschäftsordnung und den darin festgelegten Verantwortlichkeiten berücksichtigt.

Die rein fachliche Qualifikation und Ausbildung wird in den Standards und Empfehlungen der Fachgesellschaften geregelt und danach umgesetzt. Spezielle Aufgabenstellungen werden mit den jeweiligen Vorgesetzten definiert und festgelegt, es werden Stellenbeschreibungen und Tätigkeitskataloge entwickelt.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

Das Krankenhaus sorgt für eine systematische Fort- und Weiterbildung, die an den Bedürfnissen der Mitarbeiter, als auch des Krankenhauses ausgerichtet ist.

Neben innerbetrieblichen Fortbildungen werden den Mitarbeitern vom hauseigenen und trägerweiten Fortbildungsinstitut regelmäßig weitere Fort- und Weiterbildungen angeboten. Ergänzend dazu finden fachspezifische Fortbildungen der Abteilungen statt.

Alle Berufsgruppen haben ferner die Möglichkeit, an externen Veranstaltungen teilzunehmen. Förderung der fachlichen-, sozialen- und persönlichen Kompetenz sind die Ziele, Nachhaltigkeit und Multiplikation sollen sichergestellt sein. Bedürfnisse und Wünsche der Mitarbeiter werden berücksichtigt.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Im jährlichen Wirtschaftsplan ist ein Gesamtbudget für Fort- und Weiterbildung ausgewiesen. Unter Einhaltung der hausinternen Fort- und Weiterbildungsrichtlinien können Abteilungsleiter frei über abteilungsbezogene Budgets verfügen. Dies betrifft überwiegend die Kostenübernahme für externe Fortbildungen, interne Fortbildungsmaßnahmen zur Sicherung und Förderung der Behandlungsqualität werden vom Haus übernommen. Eine Freistellung für Fortbildungen erfolgt nach den Arbeitsvertragsrichtlinien des Caritasverbandes.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

Für Mitarbeiter sind angemessene Fort- und Weiterbildungsmedien zeitlich uneingeschränkt verfügbar.

Zur Fortbildung stehen sechs verschiedene Konferenz- und Seminarräume, darunter ein EDV-Schulungsraum, mit modernen Präsentationsmedien zur Verfügung. Kleine interne Weiterbildungen finden in Besprechungsräumen der Fachabteilungen, größere Veranstaltungen in der Cafeteria mit Konferenz- und Videoübertragungstechnik statt. Ferner stehen für Führungskräfte und Ärzte fachspezifische Literatur sowie das Inter- und Intranet an vielen EDV-Arbeitsplätzen sowie medizinische Datenbankanbindungen über den Arzneimittelinformationsdienst zur Verfügung.

2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

Angegliederte Ausbildungsstätten leisten eine Theorie-Praxis-Vernetzung und bereiten Mitarbeiter angemessen auf ihre Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung vor. Kriterium 2.2.6 ist nur zu bearbeiten, wenn Ihre Einrichtung über angegliederte Ausbildungsstätten verfügt!

An das Brüderkrankenhaus ist die Krankenpflegeschule angegliedert. Es gibt ein formalisiertes Konzept für die Evaluation der Lehre. Theorie-Praxis-Vernetzung wird durch Umsetzung des Curriculums der Krankenpflegeschule für Theorie und Praxis, der gestellten Praxisaufgaben nach einem Ausbildungsabschnitt sowie deren Überprüfung durch das Lehrpersonal, durch Praxisanleitung und durch Fortbildungen erreicht. Für die Betreuung der Auszubildenden stehen im Haus neben den Lehrkräften ausgebildete Praxisanleiter und Mentoren zur Verfügung.

2.3. SICHERSTELLUNG DER INTEGRATION VON MITARBEITERN

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

Im Krankenhaus wird ein festgelegter und einheitlicher Führungsstil praktiziert, der die Bedürfnisse der Mitarbeiter berücksichtigt.

Das Brüderkrankenhaus verpflichtet sich mit den Führungsgrundsätzen in der Geschäftsordnung und den "Grundsätzen und Leitlinien" (kooperative Führung und Delegation) zu einem mitarbeiterorientierten Führungsstil. Durch persönliche Erläuterung im Gespräch zwischen Vorgesetztem und Mitarbeiter wird die Integration gefördert. Durch die stattfindende Regelkommunikation zwischen Direktorium, Abteilungsleitungen, Stationsleitungen und in Jahresgesprächen ist ein kontinuierlicher Austausch gewährleistet.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

In den einzelnen Berufsgruppen und Abteilungen gibt es unterschiedliche (bedarfsgerechte) Arbeitszeitmodelle, die den gesetzlichen und tariflichen Bestimmungen folgen. Sie dienen der Anpassung an sich ändernden Bedarf und der Einhaltung geplanter Arbeitszeiten und umfassen Schicht, Wechselschicht, Gleitzeitarbeit und Bereitschaftsdienste. Überwiegend wird nach einem vorher erstellten Dienstplan gearbeitet. Die tatsächlichen Arbeitszeiten der Mitarbeiter werden von den unmittelbaren Vorgesetzten kontrolliert und Mehrarbeit in der Regel in Freizeit entgolten.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Neue Mitarbeiter werden im Rahmen von Einführungstagen in die Dienstgemeinschaft eingeführt. Es wird über den Träger, Organisation und Institution informiert. Im Haus erhält jeder neue Mitarbeiter eine Einführungsmappe mit Laufzettel, der den Kontakt zu wesentlichen Einrichtungen und Personen des Hauses gewährleistet. Die Einarbeitungskonzepte in den Abteilungen und Berufsgruppen sind unterschiedlich. Grundsätzlich begleiten feste Ansprechpartner und Mentoren die Zeit der Einarbeitung, am Ende der Probezeit findet ein strukturiertes Mitarbeitergespräch statt.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

(Kriterium) Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden.

Im Haus ist ein professionelles Ideenmanagement (PRIMA) eingeführt, das als Vorgesetztenmodell den Dialog und die konstruktive Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern und den unmittelbar Vorgesetzten fördert. Es regt die Kreativität der Mitarbeiter an und unterstützt die Qualitätssteigerung. In Mitarbeitergesprächen, Teambesprechungen und Gesprächen mit Vorgesetzten können jederzeit Wünsche und Kritik geäußert werden, auch die gewählten Mitarbeitervertreter stehen für jeden Beschäftigten als Ansprechpartner zur Verfügung.

2.3.5 Ausscheiden von Mitarbeitern

Das Ausscheiden von Mitarbeitern ist sinnvoll geregelt.

Langjährige Mitarbeiter und Führungskräfte werden in einem würdevollen Rahmen in ihren Abteilungen und/oder vom Direktorium verabschiedet. Vor Beendigung des Dienstverhältnisses werden Abschlussgespräche geführt, die Mitarbeiter erhalten ein qualifiziertes Zeugnis. Für Ruheständler wird nach der Verabschiedung in den Folgejahren von der Hausleitung jährlich zu einem Treffen Ehemaliger eingeladen. Beim Tod eines Mitarbeiters findet ein Gedenkgottesdienst statt, Nachruf in der Presse sowie Teilnahme verschiedener Mitarbeiter am Begräbnis sind selbstverständlich.

3. Sicherheit im Krankenhaus

3.1. GEWÄHRLEISTUNG EINER SICHEREN UMGEBUNG

Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung

3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum Arbeitsschutz angewandt, das insbesondere Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz, bei Mitarbeitern, im Umgang mit Gefahrstoffen und zum Strahlenschutz berücksichtigt

Das Brüderkrankenhaus hat einen Arbeitssicherheitsausschuss eingerichtet, der regelmäßige Begehungen durchführt sowie Schulungen und Fortbildungen anbietet. Die Vorgehensweise bei Arbeitsunfällen ist geregelt, die Mitarbeiter werden in der chirurgischen Ambulanz behandelt. Eine Betriebsärztin steht zur Verfügung. Im Rahmen des Strahlenschutzes sind Belehrungen und Messung der persönlichen Strahlenbelastung regelmäßige Einrichtungen. Der Umgang mit Gefahrstoffen ist geregelt, ein Gefahrstoffkataster wird regelmäßig aktualisiert.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Alarmplan sowie Flucht- und Rettungswege sind mit der Feuerwehr und dem Bauordnungsamt erarbeitet und eingeführt. Dazu finden im gesetzlich vorgeschriebenen Rahmen regelmäßige Begehungen statt. Kontinuierlicher Ausbau der Brandmeldeanlage und Aktualisierung des Brandschutzkonzeptes dienen neben entsprechenden Planungen bei größeren Baumaßnahmen der weiteren Verbesserung des Brandschutzes. In mehrjährigen Abständen werden Brandschutzunterweisungen durchgeführt, grundsätzlich steht der Technische Leiter als Ansprechpartner zur Verfügung.

3.1.3 Verfahren zur Regelung bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz angewandt.

Im Alarm- und Einsatzplan sind detailliert und umfassend alle Maßnahmen und Organisationsanweisungen für den Not- und Katastrophenfall beschrieben. Verantwortlichkeiten sind definiert, Alarm- und Telefonketten werden regelmäßig erstellt und aktualisiert. Ein Notstromaggregat ist installiert und übernimmt mindestens einmal monatlich zur Überprüfung den Notstrombetrieb. Partiiell sind Patientenversorgungsbereiche mit weiteren batterie- oder akkubetriebenen Geräten und Akkuhandlampen ausgestattet.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Für medizinische Notfälle steht ein Notfallteam (Arzt/Funktionspflegekraft) der Anästhesieabteilung täglich 24 Stunden zur Verfügung. Die Alarmierung erfolgt über die Krankenhauszentrale oder die zentrale Rufanlage. Dieses Team ist auch für Notfalltransporte zuständig. Für den Pflegedienst und die Auszubildenden der Krankenpflegeschule werden einmal jährlich Reanimationsschulungen und -übungen angeboten. Jede Station und Funktionsabteilung verfügt über einen Notfallkoffer und in den Etagen über Defibrillatoren.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

Für den Patienten wird eine sichere unmittelbare Umgebung gewährleistet und Maßnahmen zur Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung umgesetzt

Die Mitarbeiter des ärztlichen und pflegerischen Dienstes sind in erster Linie für die Patientensicherheit verantwortlich. Sicherheitsrisiken hinsichtlich Eigen- oder Fremdgefährdung werden durch Schaffung einer möglichst sicheren Umgebung und guter Überwachung gemindert. Dazu gehören auch besondere Maßnahmen wie Sitzwachen, Unterbringung im Einzelzimmer und eine regelmäßige Überprüfung der Sicherheitsausstattung und gegebenenfalls Ersatz. Besprechungen im Behandlungsteam und Einbeziehen von Angehörigen ergänzen die Sicherheitsmaßnahmen.

3.2. HYGIENE

Im Krankenhaus wird ein systematisches, krankenhausesweites Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen eingesetzt.

3.2.1 Organisation der Hygiene

Für Belange der Hygiene ist sowohl die personelle Verantwortung als auch das Verfahren der Umsetzung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen krankenhausesweit geregelt.

In der Abteilung für Klinikhygiene sind eine Hygienefachschwester, ein Auszubildender und ein hygienebeauftragter Arzt tätig. Ein externer Krankenhaushygieniker übt beratende Tätigkeit aus. In einer Hygienekommission werden alle relevanten Themen erfasst, beurteilt und zur Umsetzung gebracht. Dazu liegen in allen Abteilungen spezifische Hygiene-, Desinfektionspläne und Isolationsrichtlinien vor.

Hygienerichtlinien und deren Änderungen werden in entsprechende Standards und Verfahrensanweisungen eingearbeitet.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerrelevanter Daten

Für die Analyse hygienerrelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhausesweit hygienerrelevante Daten erfasst.

Anhand interner Meldebögen erfolgt die zentrale Erfassung der hygienerlevanten Daten in der Abteilung für Klinikhygiene. Sie werden entsprechend ausgewertet und weitergeleitet. Über aktuelle und retrospektive Daten werden so auch Häufigkeiten und Erregerspektren der nosokomialen Infektionen nachgehalten.

Für chirurgische Abteilung existieren Infektionsstatistiken, die interdisziplinär besprochen und gegenüber allgemein gültigen Anhaltswerten abgeglichen werden.

Grundsätzlich erfolgt eine Überprüfung der Daten und Arbeitsweisen bei Auffälligkeiten.

3.2.3 Planung und Durchführung hygiesichernder Maßnahmen

Hygiesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Die hygiesichernden Maßnahmen sind in entsprechenden Standards und Verfahrensanweisungen zusammengefasst und orientieren sich an den Richtlinien und Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes und dem Infektionsschutzgesetz. Die einzelnen Abteilungen arbeiten nach erstellten Hygiene- und Desinfektionsplänen und sind an die Isolationsrichtlinien gebunden.

Das Hygienepersonal führt die erforderlichen Hygienevisiten und mikrobiologischen Kontrollen durch. Zusätzlich gibt es externe Kontrollen durch entsprechende Überwachungsbehörden.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Für die Einhaltung der Hygienerichtlinien existieren Hygienepläne und -richtlinien, die allen Mitarbeitern bekannt gemacht und für das gesamte Personal verbindlich sind. Desinfektionspläne hängen in allen Bereichen aus. Zur Sicherung der Qualität des Hygienemanagements werden Schulungen, Stationsvisiten und individuelle interne und externe Begehungen durchgeführt. Sterilisationsverfahren unterliegen der regelmäßigen standardisierten Überprüfung. In der Krankenhausküche ist das HACCP-Konzept umgesetzt und wird laufend aktualisiert.

3.3. BEREITSTELLUNG VON MATERIALIEN

Vom Krankenhaus werden die für die Patientenversorgung benötigten Materialien auch unter Beachtung ökologischer Aspekte bereitgestellt.

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut- und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut- und Blutprodukten, sowie Medizinprodukten.

Arzneimittel und Medicalprodukte werden über das dem Brüderkrankenhaus angegliederte Logistikzentrum "paderlog" bereitgestellt. Weitere auf das Leistungsspektrum der Abteilungen abgestimmte Medizinprodukte werden über eine eigene Materialwirtschaft bezogen. In Kooperation mit dem DRK-Blutspendedienst Münster und durch ein am Haus angesiedeltes Blutdepot wird die Versorgung mit Blut- und Blutprodukten sichergestellt. Für alle Artikel sind Bestellwesen und Belieferung eingeführt und insbesondere für Medikamente eine Notfallversorgung sichergestellt.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Die Verordnung von Arzneimitteln erfolgt durch den Arzt und wird schriftlich mit Handzeichen dokumentiert. Anzuwendende Medikamente sind in einer Arzneimittelliste aufgeführt, die in allen Bereichen vorliegt. Sie orientiert sich an den derzeit geltenden medizinischen Standards und ökonomischen Aspekten und wird zweimal jährlich von der Arzneimittelkommission aktualisiert. Bei der Arzneimittelherstellung finden gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien Anwendung. Ordnungsgemäße Lagerung und Verfallsdatum werden bereichsintern und durch Begehungen überprüft.

3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Blut- und Blutprodukten.

Im Brüderkrankenhaus sind ein Transfusionsverantwortlicher Arzt und in den einzelnen Abteilungen Transfusionsbeauftragte Ärzte benannt. Sie sind im Rahmen der schriftlichen Regelwerke wie dem Qualitätshandbuch "Blut und Blutprodukte", den Transfusionsrichtlinien und dem hauseigenen Transfusionshandbuch für die ordnungsgemäßen Abläufe und Meldungen im Zwischenfall verantwortlich. Die Eigenblutspende wird durch die Anästhesieabteilung organisiert, die Regelungen sind hinterlegt. Die Chargendokumentation führt die Krankenhausapotheke.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Der Leiter der Medizintechnik sorgt für Einweisung und Schulung der Mitarbeiter, die Medizinprodukte anwenden. Der Nachweis darüber wird in mitarbeitereigenen Gerätepässen geführt. Geräteverantwortliche (Chefärzte) und Gerätebeauftragte der einzelnen Abteilungen sind zuständig für Sicherstellung des ordnungsgemäßen Betriebes, Meldungen im Störfall und Fortbildungen. Entsprechende Dienstanweisungen und der Hygieneplan für den Umgang mit Steilgut sind für alle Mitarbeiter verpflichtend. Eine Reparatur erfolgt ausschließlich durch qualifizierte Fachkräfte.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Die Grundsätze und Leitlinien geben Handlungsanweisungen zum Umweltschutz vor. Bei Neuanschaffungen wird in der Produktauswahl möglichst dem Umweltschutz mit Priorität auf ökologisch unbedenklichen Produkten Rechnung getragen. Abfallstoffe unterliegen einer Mülltrennung. Das Abfallwirtschaftskonzept wird überarbeitet und aktualisiert. Mit Lieferanten und Entsorgern gibt es eine problembezogene Rückkopplung. Raumlufttechnische- und Wärmerückgewinnungsanlagen sowie Block-Heizkraftwerk sind Teile eines Energiesparkonzeptes auf dem Stand neuester Technik.

4. Informationswesen

4.1. UMGANG MIT PATIENTENDATEN

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die Erfassung, Dokumentation und Verfügbarkeit von Patientendaten sicherstellt.

4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Eine hausinterne Regelung zur Führung und Dokumentation von Patientendaten liegt vor und findet Berücksichtigung.

Es existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die Erfassung, Dokumentation und Verfügbarkeit von Patientendaten sicherstellt. Erfassung und Dokumentation finden von der Aufnahme des Patienten bis zur Entlassung zum Teil papiergebunden, zum Teil in elektronischer Form statt. Hierzu ist im Gesamthaus ein abteilungsübergreifendes Krankenhausinformationssystem eingerichtet. Die Verantwortlichkeiten in den Abteilungen sind geregelt, im Pflegedienst ist Grundlage ein Dokumentationsleitfaden. Die Archivierung erfolgt im Zentralarchiv.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

Vom Krankenhaus wird eine vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Patientendaten gewährleistet.

Der größte Teil der Patientendokumentation erfolgt zeitnah und chronologisch durch sofortige handschriftliche oder elektronische Erfassung relevanter Daten. In der Patientenakte und an 250 Rechnerarbeitsplätzen ist ein Zugriff für an der Behandlung beteiligte Mitarbeiter gegeben. Die Unterlagen geben Aufschluss über den aktuellen Behandlungsstand und die Untersuchungsergebnisse. Dies gewährleistet einen kontinuierlichen Behandlungsprozess.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren, um den zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Patientendokumentation zu gewährleisten.

Die Akten und Unterlagen der aktuell behandelten Patienten befinden sich auf den jeweiligen Stationen und sind für berechnigte Mitarbeiter jederzeit zugänglich und verfügbar. Dies gilt auch für Bilder der radiologischen Diagnostik, ansonsten sind sie jederzeit über die radiologische Abteilung abrufbar. Über das Zentralarchiv werden angeforderte Unterlagen rund um die Uhr zeitnah zur Verfügung gestellt.

Die bereits vorhandenen Daten der digitalen Patientenakte sind zeitlich uneingeschränkt an jedem Rechnerarbeitsplatz für berechnigte Nutzer verfügbar.

4.2. INFORMATIONSWeiterLEITUNG

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die adäquate Weiterleitung von Informationen gewährleistet.

4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Krankenhausbereichen.

Die Kommunikationsstruktur für das Direktorium ist in der Geschäftsordnung geregelt. Tägliche Team-, Abteilungs- und Röntgenbesprechungen dienen der abteilungsinternen Regelkommunikation. Den interdisziplinären Austausch gewährleisten Tumor-, Operations- und Schmerzkonferenzen.

Unterlagen werden bei hausinternen Verlegungen mitgegeben, über das Computernetzwerk sind sämtliche elektronische Daten verfügbar.

Über Intranet, Mitarbeiterzeitschrift und Broschüre des Trägers sind weitere kurze Informationswege gegeben.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

Zentrale Auskunftsstellen im Krankenhaus werden mit Hilfe einer geregelten Informationsweiterleitung kontinuierlich auf einem aktuellen Informationsstand gehalten.

An der zentralen Information im Eingangsbereich des Krankenhauses erhalten Besucher und Kunden Informationen, hier ist auch die zentrale Telefon- und Rufanlage für Mitarbeiter und Patienten eingerichtet. Über den Einsatz der Stationskommunikation und Sicht auf die Daten des Krankenhausinformationssystems wird Datenaktualität zur Informationsweitergabe sichergestellt. Eingereichte Dienstpläne, Notfallpläne und Telefonlisten gewährleisten zudem einen weiteren aktuellen Informationsstand hinsichtlich entsprechender Auskünfte.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Der Leiter Qualitätsmanagement/Öffentlichkeitsarbeit koordiniert die Öffentlichkeitsarbeit. Durch Internetpräsenz, entsprechende Pressearbeit und Nutzung weiterer Medien wie Funk und Fernsehen wird die Öffentlichkeit mit wichtigen Informationen versorgt. Zudem werden von den Abteilungen Fortbildungen, Symposien und Aktionstage für die interessierte Bevölkerung durchgeführt. Hausintern stehen zur allgemeinen Information das Klinikmagazin "Clini.com", die trägerweite Zeitschrift "Forum" und das Klinikfernsehen zur Verfügung.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt. vgl. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft (Hrsg.): Krankenhausrecht – Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder, 5. Auflage 1998; Regelungen zum Datenschutz finden sich in den Landeskrankengesetzen von Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Thüringen.

Grundsätzlich wird jeder Mitarbeiter in der Druckschrift "Datenschutz bei uns" über datenschutzrechtliche Belange informiert. Alle Mitarbeiter unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht, im Personalbogen und Dienstvertrag werden entsprechende Erklärungen abgegeben.

Die Maßnahmen zum Datenschutz orientieren sich an den gesetzlichen Vorgaben. Ein Datenschutzbeauftragter ist benannt.

Die Patientendaten im Krankenhausinformationssystem sind durch personenbezogene Zugriffsrechte geschützt.

4.3. NUTZUNG EINER INFORMATIONSTECHNOLOGIE

Im Rahmen der Patientenversorgung wird Informationstechnologie eingesetzt, um die Effektivität und Effizienz zu erhöhen.

4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

Die Voraussetzung für eine umfassende und effektive Nutzung der unterstützenden Informationstechnologie wurde geschaffen.

Im Brüderkrankenhaus ist ein elektronisches Krankenhausinformationssystem im Aufbau, das in der Vernetzung schnell Zugriff auf erforderliche Daten ermöglicht. Der Vernetzungsgrad des Hauses beträgt circa 90 Prozent und wird weiter ausgebaut. Insgesamt stehen 250 Rechnerarbeitsplätze zur Verfügung, eine EDV-Abteilung mit qualifizierten Mitarbeitern ist etabliert.

Internetanschluss und Mailingsysteme sind mit Zugriffsrechten überall verfügbar, das Intranet wird weiter ausgebaut.

Alle Nutzer dieser Informationstechnologien erhalten erforderliche Schulungen.

5. Trägerverantwortung, Krankenhausführung und Leitung

5.0.1. Normative Vorgaben im Sinne von Leitbildern

Der Träger übt durch normative Vorgaben Einfluss auf die strategische und operative Managementebene aus

5.0.1.1 Menschen, für die wir da sind

Der Träger definiert aus der normativen Verantwortung mit der strategischen Managementebene Zielgruppen und Leistungsschwerpunkte

Träger des Brüderkrankenhauses ist der BBT e.V. als Rechtsform der Kongregation der Barmherzigen Brüder von Maria-Hilf. Er bestimmt für seine Einrichtungen die grundlegende Ausrichtung. Zielsetzung ist, den Heilsauftrag Jesu im Dienst am Menschen zeitgemäß umzusetzen. Christliche Werte sollen erfahrbar werden, der Dienst am Menschen ist dabei Maßstab und Orientierung. Grundsätzlich wird allen Hilfesuchenden unabhängig von Herkunft und Religionszugehörigkeit die notwendige Versorgung gewährt. Die Leistungsschwerpunkte sind über den Landeskrankenhausplan geregelt.

5.0.1.2 Menschen, mit denen wir arbeiten

Der Träger achtet darauf, dass in der Personalauswahl und -führung ein zielgerichteter Zusammenhalt zwischen den Gruppen eines Betriebes erhalten und gefördert wird.

Vorgaben für die Personalauswahl sind neben der entsprechenden Fach- und Sozialkompetenz die Anerkennung der Ziele des Trägers, wie sie in den Grundsätzen und Leitlinien definiert sind. Die Bejahung der Eigenart des kirchlichen Dienstes und die glaubwürdige Erfüllung der Aufgaben hieraus sind weitere Einstellungskriterien. Gemeinsame Veranstaltungen und Aktionen im zivilen und religiösen Bereich sowie das Vorleben der Unternehmens- und Begegnungskultur fördern und erhalten die Dienstgemeinschaft. Für Führungskräfte sind Führungsgrundsätze definiert.

5.0.1.3 Verpflichtung in und für die Gesellschaft

Der Träger ist sich der Verantwortung bewusst, die er durch sein Handeln für die Gesellschaft übernimmt

In den Grundsätzen und Leitlinien ist der Grundsatz definiert, im Rahmen der Möglichkeiten zur Bewahrung der Schöpfung beizutragen. In der gesellschaftlichen, politischen und kirchlichen Verantwortung wird eine wirtschaftliche, sinnvolle und sichere Zahl von Arbeitsplätzen vorgehalten. Ebenso stehen viele Ausbildungsplätze zur Verfügung. Über flexible Arbeitszeiten und Teilzeitbeschäftigung wird veränderten Gesellschaftsstrukturen Rechnung getragen. Menschen anderer Kulturen und Religionen und deren Wünsche werden mit einbezogen.

5.0.1.4 Einbindung in Kirchlichkeit

Die Kirchlichkeit des Trägers wird in der Einrichtung spürbar.

Die Ordensgemeinschaft der Barmherzigen Brüder von Maria-Hilf ist eine Kongregation päpstlichen Rechts. Die Einrichtungen des BBT e.V. sind über den Spitzenverband Caritas kirchlich eingebunden und für den Träger liegt ein Seelsorgekonzept vor. Durch Kontakte zu den Kirchengemeinden und zwischen Hausoberem und Pfarrern gibt es einen gegenseitigen Austausch. Gemeinsame Veranstaltungen und Kirchenfeste werden aktiv gestaltet und unterstützt. Zudem unterstützen tägliche Gottesdienste im Haus, Besuchsdienste und Krankenhausseelsorge die Kirchlichkeit.

5.0.1.5 Leistungsausschlüsse

Leistungsausschlüsse erfordern eine sorgsame ethische Begründung

Die Mitarbeiter haben sich im Dienstvertrag verpflichtet, die Einstellungen der Kirche zu achten. Nach den christlichen Werten und vorgegebenem Leitbild gibt es Leistungsausschlüsse in der Urologie und bezüglich aktiver Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung. Lebensverlängernde Maßnahmen unterliegen einer strengen ethischen und religiösen Beurteilung. Organspende und Transplantationen werden unterstützt. Grundsätzlich finden die geltende Rechtsauffassung, Verlautbarung der deutschen Bischöfe, Empfehlungen der Bundesärztekammer und Patientenverfügungen Beachtung.

5.0.2. Führungskräfte

Der Träger übt durch normative und strategische Vorgaben Einfluss auf die darunter liegende Managementebene aus

5.0.2.1 Führungskräfte

Auswahl und Förderung von Führungskräften

Neben einer hohen fachlichen Qualifikation ist die Zugehörigkeit zur christlichen Kirche eine Voraussetzung zur Auswahl von Führungskräften. Die christliche Orientierung des Trägers soll mitgetragen werden, die fachlichen Erfordernisse ergeben sich aus der der aufgabenbezogenen Frage nach notwendigen Führungsqualitäten auf der jeweiligen Position. Es werden Führungs- und Managementqualitäten, Team- und Konfliktfähigkeit erwartet. Im Dialogforum ist eine strukturierte Führungskräfteentwicklung vereinbart, die durch Workshops und Schulungen realisiert wird.

5.0.2.2 Managementgrundsätze

Die Managementgrundsätze spiegeln die Wertvorstellungen des Trägers

Allgemeine Managementgrundsätze sind in den trägerweiten Grundsätzen und Leitlinien und den christlichen Werten festgelegt, die kooperative Führung und Delegation in den Grundsätzen und Leitlinien und dem Pflegeleitbild. Als Führungskonzept etabliert der Träger die Balanced Scorecard. Die Wertvorstellungen des Trägers werden im Anspruch des Auftrags, im Selbstverständnis, im Umgang mit Patienten und Mitarbeitern, im Streben nach Verbesserung, im Führungsverhalten, in der Wirtschaftlichkeit, der Entlastung der Umwelt und dem Umgang mit Partnern zum Ausdruck gebracht.

5.0.2.3 Personalmanagement

Das Personalmanagement bedarf einer besonderen Sorgfalt

Das Personalmanagementkonzept des Trägers legt allgemeine Regelungen und Rahmenbedingungen fest. Aus unserem christlichen Werte- und Selbstverständnis heraus sind Entlassungen immer der letzte Schritt. Anpassung der fachlichen und/oder persönlichen Leistungsfähigkeit an die Aufgabenstellung, Versetzung oder Aufgabenänderung haben Vorrang vor einer Kündigung. Arbeitsrechtliche Regelungen werden beachtet. Outsourcing wurde bisher nur im Bereich Raumpflege eingesetzt. Bewerbungen von Menschen mit Behinderungen werden vorrangig geprüft.

5.0.2.4 Ethik

Die christliche Ethik ist die Basis für Entscheidungen

Im Rahmen der Umsetzung des Seelsorgekonzeptes des Trägers, der Entwicklung eines darauf abgestimmten Konzeptes für das Brüderkrankenhaus und der Neueinrichtung des Referates "Christliche Ethik, Spiritualität und Seelsorge" wurden auf Träger- und Hausebene Maßnahmen zum Aufgreifen von ethischen Fragestellungen getroffen. Hausoberer und Mitarbeiter der Seelsorge sind Ansprechpartner. Mitarbeiter haben die Möglichkeit, an Fortbildungen zum Thema "Ethik" teilzunehmen.

5.0.2.5 Öffentlichkeitsarbeit

Öffentlichkeitsarbeit stellt Ziele und Ergebnisse des caritativen Handelns vor

Der Träger legt großen Wert auf Öffentlichkeitsarbeit, ein eigenes Referat für "Marketing und Öffentlichkeitsarbeit" ist eingerichtet. Im Brüderkrankenhaus ist eine hauptamtliche Stelle für den Bereich Öffentlichkeitsarbeit und Qualitätsmanagement geschaffen. Genutzt werden sämtliche Medien, Veranstaltungen und Aktionen sowie Kontaktpflege und Gesprächsbereitschaft gegenüber verschiedenen Interessengruppen und Ansprechpartnern. Ziel ist es, sowohl intern wie auch extern zu informieren, Transparenz zu schaffen und Kompetenz zu vermitteln.

5.0.3. Strukturvorgaben zur durchgängigen Sicherung der Umsetzung christlicher Kompetenz in praktisches Handeln und Verhalten

Der Träger übt durch normative Vorgaben Einfluss auf die strategische und operative Managementebene aus.

5.0.3.1 Fort- und Weiterbildungsangebote

Fort- und Weiterbildung sind Aufgaben mit gesellschaftlicher Relevanz

Auf Trägerebene besteht das Referat für "Personal und Organisationsentwicklung", das innerbetriebliche Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen organisiert und koordiniert. Es gibt ein halbjährliches Fortbildungsprogramm, dies ist bedarfsorientiert, beinhaltet auch christliche Wertfragen und gilt auf Trägerebene.

Vom hauseigenen Bildungsinstitut werden weitere Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen innerbetrieblich und extern organisiert.

Den Abteilungsleitern obliegt die Verantwortung für abteilungs- und fachbezogene Weiterbildungsmaßnahmen.

5.0.3.2 Personelle Besetzungen

Personelle Besetzungen realisieren die Umsetzung normativer und strategischer Vorgaben

Die Fachkompetenz spielt in den Grundsätzen und Leitlinien des Trägers eine übergeordnete Rolle und Mitarbeiter gelten als wichtigstes Potenzial. So werden je nach Leistungsentwicklung Planstellen eingerichtet und mit qualifizierten Mitarbeitern besetzt. Das Seelsorgekonzept ist hier mit dem allgemeinen Krankenhauskonzept abgestimmt. Nach christlichen Werten sind fördernde Sorge und Gerechtigkeit selbstverständlich.

Bei leistungsschwachen Mitarbeitern werden bedarfsangepasste Schulungs- und Qualifizierungsmaßnahmen durchgeführt.

5.0.3.3 Ressourcen für besondere Aufgaben

Die Erfüllung des kirchlichen Auftrags erfordert mitunter besondere Investitionen

Mitarbeiter, Patienten und deren Angehörige können Beratungsmöglichkeiten durch speziell geschultes hauseigenes Personal und externe Personen wahrnehmen. Im Haus stehen Sozialarbeiter, Seelsorgeteam, Behindertenbeauftragte, Gefahrenbeauftragte und die Mitarbeitervertretung zur Verfügung. Mit Seelsorgeraum, Konferenzräumen und Büro des Sozialdienstes sind geeignete Räumlichkeiten geschaffen und können genutzt werden. Sterbende werden möglichst in ruhiger Atmosphäre begleitet, im Bereich der Leichenhalle befindet sich ein Verabschiedungsraum.

5.0.4. Verhältnis zwischen Wirtschaftlichkeit und Christlichkeit

Der Träger übt durch normative Vorgaben Einfluss auf die strategische und operative Managementebene aus

5.0.4.1 Förderung der Umsetzung christlicher Leitbilder in der Tagesarbeit

Leitbilder werden nur dann wirksam, wenn sie vorgelebt werden

Das Leitbild des Trägers ist im Brüderkrankenhaus implementiert. Neben Einführungstagen erfolgte eine Umsetzungsförderung durch gezielte Projektarbeit, Workshops, Betriebsversammlungen, Teamsitzungen und Feiern. Die weitere Vermittlung des Leitbildes, Erlebbarkeit und Vorleben werden auch finanziell und personell unterstützt.

Im Alltag lassen beispielsweise situationsbedingte Hilfe in Notlagen, Gehaltsvorschuss, Schuldnerberatung, Bereitstellung von Wohnraum und Seelsorge Inhalte der Leitlinien spürbar werden.

5.0.5. Regelinformation und Bewertung von leitenden Mitarbeitern

Der Träger sichert durch Vorgaben die positive Entwicklung des Krankenhauses

5.0.5.1 Managementinformationssystem

Die Steuerung des Geschehens gelingt mit einem angemessenen Informationssystem

Die Erfassung wirtschaftlich relevanter Daten erfolgt geplant und wird über ein standardisiertes und detailliertes Berichtswesen, gegebenenfalls ergänzt um Sonderauswertungen und Sonderberichte, dem Träger als monatlicher Soll/Ist-Vergleich vorgelegt. Eine Regelkommunikation erfolgt über regelmäßige gemeinsame Direktoriumssitzungen und Dialogforen zwischen Direktorium und geschäftsführendem Vorstand.

Berichte werden fristgerecht erstellt, Kennzahlen, Maßnahmen und Entscheidungen zeitnah auf die Abteilungen heruntergebrochen und kommuniziert.

5.0.5.2 Patientenzufriedenheit

Die Zufriedenheit des Patienten ist zentrales Ziel des Kernprozesses eines Krankenhauses und bedarf einer konstanten Fürsorge

Der Träger und das Haus sehen regelmäßige Patientenbefragungen aus Gründen der Ergebniskontrolle, Evaluation, Kundenorientierung und Feedback einer externen Wahrnehmung an. Sie werden regelmäßig alle vier Jahre durchgeführt. Ergebnisse werden als Grundlage für Zielvereinbarungsgespräche mit dem Direktorium genommen und schlagen sich nach Auswertung und interner Kommunikation in Qualitätsentwicklungsmaßnahmen nieder. Beschwerden unterliegen der zentralen Erfassung über den Hausoberen, der in der Regel als Konsequenz entsprechende Sofortmaßnahmen einleitet.

5.0.5.3 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Zufriedenheit der Leistungserbringer wirkt auf die Zufriedenheit der Patienten und Partner der Einrichtung

Die Mitarbeiterzufriedenheit wird im mehrjährigen Intervall anhand einer schriftlichen Erhebung durch ein externes Unternehmen überprüft und einem Vergleich mit anderen Kliniken unterzogen. Die Befragung dient über die durchgängige interne und auch externe Vergleichbarkeit mit ihren Ergebnissen als Grundlage für ein Verbesserungsmanagement.

Im Pflegedienst erfolgen jährliche und standardisierte Mitarbeitergespräche, grundsätzlich werden Mitarbeiterideen und -wünsche erfasst und in der Personal- und Unternehmensentwicklung berücksichtigt.

5.1. ENTWICKLUNG EINES LEITBILDES

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

Nach der Übernahme der Trägerschaft des Brüderkrankenhauses im Jahr 1996 durch den BBT e. V. wurden die Grundsätze und Leitlinien des neuen Trägers übernommen. Das Leitbild ist unter Beteiligung aller Berufsgruppen entwickelt und eingeführt worden. Christliche Werte bilden die Grundlage für ein Leben und Handeln mit dem Patienten im Mittelpunkt.

Ferner ist im Haus ein Pflegeleitbild umgesetzt.

Die Leitbilder werden in allen Hierarchieebenen und durchgängig im Haus regelhaft bekannt gemacht und erörtert. Sie sind für alle Mitarbeiter verbindlich.

5.2. ZIELPLANUNG

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und steuert die Umsetzung der festgelegten Ziele.

5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese für die Steuerung seiner Handlungen.

Die strategische Ausrichtung der Barmherzigen Brüder Trier e.V. wird generell auf Trägerebene erarbeitet und auf Hausebene herunter gebrochen. In Strategieworkshops und Projektgruppen werden die Schwerpunkte zur betriebswirtschaftlichen Strategie und zum medizinischen Leistungsspektrum behandelt. Sie orientieren sich an wirtschaftlichen, medizinisch-technischen und demographischen Entwicklungen. Grundlage bildet der Versorgungsauftrag des Landeskrankenhausplans. Kooperationen und Synergieeffekte spielen in der Zielplanung eine immer größere Rolle.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die aktuelle Organisationsstruktur des Krankenhauses ist festgelegt unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.

Die Organisationsstrukturen des Brüderkrankenhauses sind generell in der Geschäftsordnung festgelegt. Im Haus werden sie durch ein Organigramm dargestellt und bei Veränderungen angepasst. Die aktuellen Funktionsträger sind hier namentlich aufgeführt. Über Intranet und Mitarbeiterinfomappe sind Verantwortlichkeiten und Organisationsformen jederzeit zugänglich. Über das Referat für Personal- und Organisationsentwicklung und Projektgruppen sind Mitarbeiter in Prozessmanagement und Organisationsentwicklung einbezogen.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Die Krankenhausleitung entwickelt einen Finanz- und Investitionsplan und übernimmt die Verantwortung für dessen Umsetzung.

Die Budgetverantwortung ist klar geregelt, sie liegt primär beim Direktorium. Im medizinischen Bereich tragen Chefärzte und Pflegedirektion ebenfalls Budgetverantwortung, die im Rahmen der internen Budgetierung weiter herunter gebrochen wird. In einem jahresbezogenen Wirtschaftsplan und einem Investitionsplan werden Finanzen und Investitionen niedergeschrieben und umgesetzt. Direktorium gemeinsam mit Chefärzten und betroffenen Bereichen planen und verantworten kurzfristige Investitionen aus Einzel- und Pauschalförderung und Eigenmitteln.

5.3. SICHERSTELLUNG EINER EFFEKTIVEN UND EFFIZIENTEN KRANKENHAUSFÜHRUNG

Das Krankenhaus wird effektiv und effizient geführt mit dem Ziel der Sicherstellung der Patientenversorgung.

5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Das Leitungsgremium des Brüderkrankenhauses ist das Direktorium. Die Arbeitsweise ist in der Geschäftsordnung festgelegt. Das Direktorium beruft Kommissionen und Ausschüsse, hierbei besteht eine Koordination entsprechend der Profession. Die Gremien arbeiten strukturiert mit Einladungen, Tagesordnungspunkten, Sitzungsleitung, Beschlussfassung und Protokoll. Ergebnisse werden in erforderlichem Umfang bekannt gegeben. Alle Gremien arbeiten mit der Zielsetzung der Transparenz, Einbindung der Fachlichkeiten und interdisziplinären Kooperation.

5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Die Krankenhausführung ist dem Direktorium übertragen, dem der Hausobere, Kaufmännische Direktor, Ärztliche Direktor, Pflegedirektor und Personalleiter angehören. Aufgaben, Beschlussfassung und Kommunikation sind in der Geschäftsordnung beschrieben. Im Rahmen der Regelkommunikation wird mit der Geschäftsführung des Trägers kommuniziert. Durch klare Zuständigkeiten der Mitglieder des Direktoriums ist sichergestellt, dass die Kommunikation und Information von allen Ebenen zum Direktorium und umgekehrt erfolgt. Dies gilt krankenhauserintern wie auch für den Träger.

5.3.3 Information der Krankenhausführung

Die Krankenhausleitung informiert sich regelmäßig über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus und nutzt diese Informationen zur Einleitung verbessernder Maßnahmen.

Über Entwicklungen und Vorgänge im Haus wird das Direktorium auf der Grundlage des geregelten Berichtswesens informiert. Ferner ist über die Einbindung von Direktoriumsmitgliedern in Gremien und Kommissionen weiterer Informationsfluss gegeben. Einzelne Bereiche berichten standardisiert und regelmäßig direkt einem Direktoriumsmitglied. Insgesamt wird eine Kultur des offenen Wortes gepflegt und die Möglichkeiten eines systematischen Meinungsaustausches genutzt. Falls es erforderlich ist, werden Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

Die Krankenhausführung fördert durch geeignete Maßnahmen das gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt gegenüber allen Mitarbeitern.

Vertrauen und gegenseitiger Respekt im Umgang miteinander und gegenüber dem "Mitarbeiter als wichtigstem Potenzial" sind Grundsätze in der Zusammenarbeit und des kooperativen Führungsstils. Durch die Größe des Hauses und Bereitschaft zum Dialog ist es immer möglich, auch hierarchieübergreifend das persönliche Anliegen an geeigneter Stelle vorzubringen. Beteiligung von Betroffenen, Übertragung von Verantwortung, Mitarbeitervertretung, Nutzung aller Kommunikationsmöglichkeiten und unternehmerische Transparenz sind wichtige Instrumente zur Vertrauensbildung.

5.4. ERFÜLLUNG ETHISCHER AUFGABEN

Rechte und Ansprüche von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen werden krankenhauserweit respektiert und berücksichtigt.

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Grundaussagen auf der Basis eines christlichen Menschenbildes und allgemeiner ethischer Grundsätze sind in den Grundsätzen und Leitlinien und den christlichen Werten getroffen. Um ethische Problemstellungen zu berücksichtigen, wird ethische Kompetenz geschaffen, und durch Maßnahmen sensibilisiert. Der Träger hat das Referat "Christliche Ethik, Spiritualität und Seelsorge" eingerichtet und ein Seelsorgekonzept verabschiedet. Auf ethisch verantwortungsvolles Handeln wird geachtet. Im Haus sind der Hausobere und Mitarbeiter der Seelsorge Ansprechpartner.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

Im Krankenhaus werden Bedürfnisse sterbender Patienten und ihrer Angehörigen systematisch berücksichtigt.

Schwerkranke und Sterbende erhalten individuelle Zuwendung und Begleitung. Bedürfnisse und Wünsche der Patienten und Angehörigen werden wahrgenommen und wann immer möglich Personal und geeignete Räume zur Verfügung gestellt. Schmerzen werden gelindert, in besonderen Fällen behandelt der Schmerzdienst unter palliativmedizinischen Aspekten. Ein Seelsorgeteam ist jederzeit abrufbar, auf Wunsch erfolgt die Krankensalbung. Auch psychologische Betreuung kann angeboten werden. Mehrere Mitarbeiter sind speziell in der Sterbebegleitung und der Palliativpflege geschult.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

Im Krankenhaus gibt es Regelungen zum adäquaten Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen.

Der Umgang mit Verstorbenen und Angehörigen (würdevoll auf dem Hintergrund des christlichen Auftrags) ist im allgemeinen Pflegestandard beschrieben und eingeführt. Im Sterbefall findet ein ausführliches Arztgespräch mit den Angehörigen statt. Die würdevolle Versorgung der Verstorbenen übernehmen die Pflegekräfte, falls gewünscht auch unter Einbeziehung der Angehörigen. Dabei finden religiöse Aspekte Berücksichtigung. Den Hinterbliebenen wird ausreichend Zeit zur Abschiednahme gegeben, die Krankenhauskapelle und ein Verabschiedungsraum stehen zur Verfügung.

6. Qualitätsmanagement

6.1. UMFASSENDES QUALITÄTSMANAGEMENT

Die Krankenhausführung stellt sicher, dass alle Krankenhausbereiche in die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements eingebunden sind.

6.1.1 Einbindung aller Krankenhaus-bereiche in das Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.

Das Qualitätsmanagement orientiert sich an den Grundsätzen und Leitlinien des Trägers. Mit der erfolgreichen Teilnahme am Projekt DemoProQM des BMG wurden alle Aktivitäten zum Qualitätsmanagement zusammengeführt. Die erweiterte Hausleitung steuert alle Maßnahmen des Qualitätsmanagements. 25 Mitarbeiter des Hauses wurden zu EFQM-Assessoren geschult. Drei Mitarbeiter sind proCum Cert Mentoren, der Kaufmännische Direktor ist zudem KTQ-Visitor. Zur Koordination und aktiven Begleitung der Umsetzung der Qualitätsziele ist eine hauptamtliche Stelle eingerichtet.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

Das Krankenhaus entwickelt, vermittelt und setzt Maßnahmen zur Erreichung von Qualitätsziele um.

Die Hausleitung legt die Qualitätsziele des Bräderkrankenhauses fest. Sie orientieren sich an den Grundsätzen und Leitlinien des Trägers. Der Leiter „Qualitätsmanagement“ ist verantwortlich für die Planung, Koordination und Durchführung der Maßnahmen, die zum Erreichen der festgelegten Ziele dienen. Vorgaben des EFQM-Modells, der KTQ und proCum Cert werden entsprechend berücksichtigt. In Strategieworkshops, Projektgruppen und Treffen der Qualitätsmanagement-Beauftragten der Abteilungen werden Inhalte kommuniziert und umgesetzt.

6.2. QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEM

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Mit der Einrichtung der Stabsstelle „Qualitätsmanagement/Öffentlichkeitsarbeit“ wurden die Voraussetzungen geschaffen, ein strukturiertes Qualitätsmanagement in der Einrichtung aufzubauen und zu etablieren. Steuerungsgruppe ist die Hausleitung. Auf Trägerebene erfolgte die Ausbildung von Mitarbeitern zum EFQM-Assessor und pCC-Mentor. Daneben sind in den einzelnen Berufsgruppen und Abteilungen Qualitätsbeauftragte benannt, über die Information, Schulung und Austausch zu aktuellen Themen des Qualitätsmanagements in die einzelnen Bereiche getragen wird.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

Im Krankenhaus werden regelmäßig und systematisch Methoden der internen Qualitätssicherung angewandt.

Zentrale, abteilungsübergreifende und abteilungsinterne Maßnahmen der internen Qualitätssicherung sind eingeführt. Infektionsstatistiken, Medikamenten- und Blutprodukteverbräuche werden zentral erfasst und ausgewertet. Problemorientierte Projektgruppen, Qualitätszirkel und Konferenzen sind weitere Instrumente der ständigen Qualitätssicherung und -verbesserung. Im OP-Funktionsbereich, der Anästhesie, auf der Intensivstation und in der Schmerztherapie werden über die EDV weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen abgeleitet.

6.3. SAMMLUNG / ANALYSE QUALITÄTSRELEVANTER DATEN

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben und analysiert und zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben.

Das Brüderkrankenhaus nimmt an den gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen teil. In allen betroffenen Fachabteilungen sind verantwortliche Mitarbeiter benannt und geschult. Die Datenerfassung erfolgt über EDV, die jeweiligen Abteilungen sind für die vollständige Sammlung der Daten verantwortlich. Mit der Koordination ist die Abteilung für Medizincontrolling beauftragt.

Es erfolgen unterjährige Rückmeldungen an die Hausleitung. Nach Auswertung der Daten werden die Mitarbeiter informiert, entsprechende Maßnahmen werden eingeleitet.

6.3.2 Nutzung von Befragungen

Regelmäßig durchgeführte Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, sowie Befragungen niedergelassener Ärzte werden als Instrument zur Erfassung von Patienten- und Mitarbeiterbedürfnissen und zur Verbesserung der Krankenversorgung genutzt.

Im Jahr 1999 wurden erste Patienten- und Mitarbeiterbefragungen sowie eine Imageanalyse durchgeführt. Eine weitere Patientenbefragung fand 2002 statt.

Im Sommer 2005 erfolgte die erste Einweiserbefragung.

Der Leiter Qualitätsmanagement ist von der Hausleitung mit der Koordination und Durchführung der erforderlichen Maßnahmen beauftragt, Methodenkompetenz und Validität der Ergebnisse wird durch Beauftragung eines qualifizierten externen Unternehmens sichergestellt.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und -beschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Im Beschwerdemanagement ist der Hausobere mit den Aufgaben des Beschwerdemanagers beauftragt. Grundsätzlich haben Patienten, Angehörige und Besucher bei allen Mitarbeitern die Möglichkeit, Wünsche und Beschwerden vorzubringen.

Zu bestimmten Zeiten steht ein Patientenfürsprecher für persönliche Gespräche zur Verfügung.

Weitere Kontaktaufnahmemöglichkeit besteht über öffentlich zugänglichen E-mail-Kontakt.

Es findet eine Auswertung der Angaben statt, sie werden an die entsprechenden Abteilungen und Krankenhausleitung weitergeleitet und bearbeitet.

7. Spiritualität

7.1. Spiritualität in der Patientenbegleitung

Ein wesentliches Element der Seelsorge ist die Begleitung von Patienten

7.1.1 Spirituelle Lebensbegleitung

Die Seelsorge begleitet den Menschen in Zeiten der Krise, Freude und Trauer

Auf der Grundlage des Seelsorgekonzeptes des Trägers erfolgt bedürfnisorientierte professionelle Hilfestellung und Begleitung der Patienten, Angehörigen und Mitarbeiter durch Seelsorgeteam und Sozialdienst. Informationen dazu sind in Form von Broschüren, Informationsblättern und Aushängen bekannt gemacht. Die Verantwortungsbereiche für die spirituelle Lebensbegleitung sind zwischen den Mitarbeitern des Seelsorgedienstes aufgeteilt. In gezielten Reflexionsgesprächen werden Bedürfnisse evaluiert und Maßnahmen abgeleitet.

7.1.2 Spirituelle Sterbebegleitung

Sterbende werden spirituell begleitet

Sterbende und deren Angehörige werden auf Wunsch spirituell begleitet. Dazu ist eine Inanspruchnahme der Seelsorge rund um die Uhr sichergestellt. In der Sakramentenspende, Gesprächen und im Gebet sind das seelisch – geistliche Wohl und der (mutmaßliche) Wille des Patienten maßgebend. Die Seelsorge trägt dazu bei, dass der Sterbeprozess, das Abschiednehmen und Trauer in Würde und einem angemessenen Rahmen stattfinden. In der spirituellen Sterbebegleitung wird ein enger Kontakt zwischen Seelsorge und behandelnden Mitarbeitern gepflegt.

7.2. Spiritualität und Mitarbeiter

Die Mitarbeiter entwickeln ihre Spiritualität und werden dabei unterstützt

7.2.1 Spirituelle Berufsbegleitung

Für die Entwicklung der Spiritualität gibt es eine spirituelle Berufsbegleitung

Die seelsorgerische Betreuung der Mitarbeiter wird in den Grundsätzen und Leitlinien als zentraler Bestandteil der Krankenhausseelsorge betont. Im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung nimmt die Hausleitung auch außerhalb des Dienstes Anteil an frohen und traurigen Anlässen der Mitarbeiter, Brüder und Schwestern.

Die Mitarbeiter sind zu den Gebetszeiten und Gottesdiensten der Ordensgemeinschaften eingeladen, im Gespräch und gemeinsamen Gebet findet weitere seelsorgerische Begleitung statt. Das Seelsorgeteam sorgt zudem für spirituelle Bildung.

7.3. Seelsorgekonzept

Die Seelsorge im Krankenhaus orientiert sich an den Konzepten der Diözese bzw. Landeskirche und des Trägers. Die Grundlagen der katholischen Krankenhausseelsorgestandards bilden die Handreichung der deutschen Bischöfe Nr. 60 („Die Sorge der Kirche um die Kranken, 20.4.1998) und die daraus entwickelten Qualitätsstandards der Konferenz Katholische Krankenhausseelsorge in Deutschland und der Entschließung der Konferenz für Krankenhausseelsorge in der EKD vom März 1998 und den Konzeptionen und Standards der Konferenz für Krankenhausseelsorge in der EKD vom 17.3.1994.

7.3.1 Organisation der Seelsorge

Die Seelsorge ist entsprechend dem geltendem Seelsorgekonzept organisiert

Unter externer Begleitung wurde das Seelsorgekonzept für das Brüderkrankenhaus entwickelt. Die katholische Seelsorge wird hauptamtlich von fünf Mitarbeitern kontinuierlich geleistet, ein evangelischer Seelsorger besucht das Haus an festgelegten Tagen. Kontakte zu anderen Religionsgemeinschaften werden hergestellt. Der Hausobere vertritt die Seelsorge im Direktorium. Die Mitglieder des Seelsorgeteams sind qualifiziert, in Fort- und Weiterbildungen und Supervisionen wird das eigene Tun reflektiert und neue Inhalte werden vermittelt.

7.3.2 Angebote der Seelsorge

Eine qualifizierte Seelsorge zeigt sich in konkreten Angeboten

Die Angebote der Seelsorge richten sich gleichermaßen an Patienten, Angehörige und Mitarbeiter. Regelmäßige Gottesdienste, Besuche, das persönliche Gespräch und die Spendung von Sakramenten sind wesentliche seelsorgerische Angebote. Darüber hinaus wird das Spektrum durch weitere Veranstaltungen, Betreuungs- und Bildungsangebote kirchlich religiösen Charakters erweitert. Hierzu nimmt die Seelsorge die Öffentlichkeitsorgane und Medien des Hauses in Anspruch. Broschüren, Aushänge und Informationsblätter werden zur Bekanntmachung genutzt.

7.3.3 Zusammenarbeit mit der Kirchengemeinde

Qualifizierte Seelsorge arbeitet mit der Kirchengemeinde zusammen

Die Krankenhausseelsorge pflegt Kontakt, Zusammenarbeit und Austausch mit den umliegenden Kirchengemeinden. Auf Wunsch der Patienten stellt die Krankenhausseelsorge den Kontakt her. Ehrenamtliche Besuchsdienste sind organisiert, zum Teil kommen ehrenamtliche Krankenhaushilfen und Kommunionhelfer aus den Kirchengemeinden. Durch Veröffentlichungen und Berichterstattungen in der regionalen Presse und Bistumszeitung zeigt das Krankenhaus Präsenz in den Kirchengemeinden. Pfarrer und Hausoberer tauschen sich unter anderem in persönlichen Besuchen aus.

7.4. Begegnungsstätten

Das kirchliche Krankenhaus braucht Räume der Stille und Begegnung.

7.4.1 Raumangebot

Das Krankenhaus verfügt über Räume der Stille und Begegnung.

Die Krankenhauskapelle ist ganztägig geöffnet und ermöglicht allen stets Zugang zur stillen Besinnung und zum Gebet. Eine Mariengrotte im Park bietet zusätzlich Möglichkeit zur Sammlung. Grundsätzlich wird während der Übertragung von Gottesdiensten und zur sonntäglichen Kommunion in den Patientenzimmern darauf geachtet, dass eine Atmosphäre der Ruhe und Stille herrscht. Vertrauliche Gespräche sind im Seelsorgebüro, nach Rücksprache auch in Arzt- und Stationszimmern möglich. Zur Abschiednahme von Verstorbenen steht ein Abschiedsraum im Untergeschoß zur Verfügung.

7.5. Spiritualität und Seelsorge

Es wird ein Resümee gezogen, wie Spiritualität und Seelsorge in den Betriebsalltag integriert werden.

7.5.1 Konzept und Durchdringung des Betriebsablaufs mit spirituellen Inhalten

Spiritualität und Seelsorge werden erst dann für Patienten und Mitarbeiter fühlbar, wenn sie den gesamten Betrieb durchdringen.

Überall im Haus ist ein geistlicher Impuls zu spüren. In den Räumen sind Kreuze, Bilder des Ordensgründers und Mariens und künstlerisch christliche Motive selbstverständliche Gestaltungsmittel. Alle Veranstaltungen in der Kapelle können audiovisuell in die Patientenzimmer übertragen werden. Ein Transport der Patienten zum Gottesdienst wird angeboten. Die personelle Präsenz des Seelsorgeteams und spirituelle Angebote sind durchgängig im Gesamthaus gegeben. Das Seelsorgekonzept bindet Mitarbeiter in die Erstellung und Weiterentwicklung ein.

8. Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

8.1. Bildungsauftrag

8.1.1 Wahrnehmung der Bildungsaufgaben des Krankenhauses

An der Krankenpflegeschule ist die Ausbildung zu Pflegeberufen gegeben, im medizinischen und administrativen Bereich zur Arzthelferin, Bürokauffrau und zum Informationskaufmann. Grundlage sind die gesetzlichen Bestimmungen sowie Ausbildungs- und Prüfungsordnungen. Es liegen nachprüfbar pädagogische Konzepte vor. Christliche Inhalte werden ebenso vermittelt wie Grundfragen des christlichen Glaubens. Mentoren und Praxisanleiter begleiten die Auszubildenden in der Praxis.

8.1.2 Auswahlverfahren

Die Auswahlkriterien für Auszubildende an der Krankenpflegeschule sind vom Krankenpflegegesetz vorgegeben. Mittlerer schulischer Bildungsabschnitt, gesundheitliche Eignung, die Fähigkeit, Berufskompetenz zu erwerben, und das christliche Menschenbild sind Grundvoraussetzungen. Die Ausbildungsplätze werden nach einem strukturierten Bewerbungsverfahren vergeben. In den Bereichen der Administration und der medizinischen Hilfsberufe sind die Kriterien an den Vorgaben der Industrie- und Handelskammern orientiert.

8.1.3 Außenbeziehungen

Kooperationen mit anderen Ausbildungsstätten bestehen auf lokaler, Bezirks- und Diözesanebene. Gegenstand der inhaltlichen Auseinandersetzung sind unter anderem Veränderungen der gesetzlichen Vorgaben sowie der Prüfungsverordnungen. Das Spektrum der erforderlichen Praxiseinsätze wird durch enge Kooperation zwischen den drei Paderborner Krankenhäusern, der westfälischen Landesklinik (Psychiatrie) und ambulanten Pflegediensten abgedeckt. Mit konfessionellen Trägern und Institutionen wird ein Austausch bezüglich ethischer und religiöser Themen angestrebt.

8.2. Vernetzung mit anderen sozialen Diensten

8.2.1 Einbindung in die Region: Das Krankenhaus ist in die Versorgungsregion aktiv eingebunden

Das Brüderkrankenhaus ist als Haus der Regelversorgung in die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in der Region eingebunden. Es bestehen Kontakte zu sozialen und politischen Institutionen auf kommunaler und überregionaler Ebene. Im Vordergrund steht der Kontakt zu Einrichtungen der Gesundheitsversorgung vor Ort, der Gesundheitswirtschaft und der Gesundheitsberufe. Im Regel- und Netzwerk der Gesundheitsversorgung der regionalen Bevölkerung ist das Brüderkrankenhaus ein fester Bestandteil.

8.3. Umweltschutz

Im Umweltschutz manifestiert sich die gelebte Verantwortung auch gegenüber nachfolgenden Generationen

8.3.1 Umgang mit Ressourcen

Dies ist das Kernstück umweltbewussten Handelns

Im Rahmen des Abfallwirtschaftskonzeptes sind der schonende Umgang mit Ressourcen und Abfallvermeidung geregelt. Es erfolgt eine Abfalltrennung, bei Neuanschaffungen wird ökologischen Aspekten ein hoher Stellenwert eingeräumt, bei Verbrauchsstoffen wird Rücknahme und möglichst Recycling vereinbart. Ansprechpartner ist der Abfallbeauftragte, der jährlich einen Abfallbericht erstellt.

In der Versorgungstechnik ist mit Blockheizkraftwerk, Wärmerückgewinnungsanlagen und Raumluftechnik ein hochmodernes Energiesparkonzept umgesetzt.

8.3.2 Betriebliches Umweltinformationssystem, ISO 14001 und Öko-Audit

Die Minimierung der Umweltgefährdung gelingt nur über die Beherrschung der umweltgefährdenden Prozesse

In den Grundsätzen und Leitlinien ist der Umgang mit der Umwelt und Schöpfung behandelt und festgelegt. Zusätzlich orientieren sich die Mitarbeiter am Abfallkonzept, das Abfallentsorgung und Abfallvermeidung regelt.

Aspekte des Umweltschutzes werden in allen Gremien und Besprechungen der Abteilungen aktuell und im Bedarfsfall erörtert und Maßnahmen daraus abgeleitet.

Mit dem PRIMA- Ideenmanagement besteht die Möglichkeit, Verbesserungsvorschläge zum Thema Umweltschutz einzubringen.

8.4. Forschung und Entwicklung

Das Krankenhaus nimmt zur Förderung der Wissenschaft an Forschungsprojekten teil

8.4.1 Forschungstätigkeiten

Forschungstätigkeiten werden nach Klärung grundsätzlicher Fragestellungen durchgeführt

Für das Brüderkrankenhaus besteht kein Forschungsauftrag, dennoch ist zur Sicherung einer hohen medizinischen Kompetenz vom Träger und der Krankenhausleitung eine Beteiligung an Studien und klinischen Prüfungen erwünscht. In den einzelnen Abteilungen sind Anzahl und Umfang der wissenschaftlichen Projekte unterschiedlich ausgeprägt. Für die Durchführung existiert eine Dienstanweisung, rechtliche und ethische Aspekte sind durch entsprechende Kommissionen geprüft.